RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC

RAPPORT ANNUEL 1990-1991

Québec

Publié par le Service des communications
de la Régie de l'assurance-maladie du Québec

Coordination de la rédaction
Gaëtan Hébert

Graphisme
Yolande Chatillon

Révision linguistique et correction des épreuves
Francine Paradis

Coordination de la production
Carole Doyon

Composition typographique
Caractéra

Traitement de texte
Réjeanne Gagné

Photographies de la couverture
Benoit Camirand

Impression
Imprimerie Laurentide de Québec inc.

Couverture

Un coup d'oeil sur les programmes couverts par le régime d'assurance-maladie et sur les services offerts aux citoyens et citoyennes par la Régie.

Les programmes représentés sont les suivants: services médicaux, optométriques et dentaires, médicaments et services pharmaceutiques, orthèses et prothèses et services reçus hors du Québec. La préposée à l'accueil et le commissaire aux plaintes des bénéficiaires sont des exemples des services et de l'assistance que la Régie offre à la population.

Dépôt légal - 2e trimestre 1991
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-550-21980-5
ISSN 0225-8560

Dans le présent rapport, le masculin désignant des personnes est employé sans aucune discrimination.

91-07076/

Régie de
l'assurance-maladie
du Québec
Bureau du président

Monsieur Marc-Yvan Côté
Ministre de la Santé et des Services sociaux
Gouvernement du Québec

Monsieur le Ministre,

Je vous soumets le rapport annuel de la Régie de l'assurance-maladie du Québec pour l'exercice terminé le 31 mars 1991.

Ce rapport a été préparé conformément aux dispositions de l'article 25 de la *Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec*.

Veuillez croire, Monsieur le Ministre, en l'assurance de mon dévouement.

Le président,

Réjean Cantin

Sillery, le 20 juin 1991

Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des
Services sociaux
Cabinet du ministre

Monsieur Jean-Pierre Saintonge
Président de l'Assemblée nationale du Québec
Québec

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport des activités de la Régie de l'assurance-maladie du Québec pour l'exercice terminé le 31 mars 1991.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux,

Marc-Yvan Côté

Québec, le 20 juin 1991

Message du président

Le présent rapport annuel est le vingt-deuxième que prépare la Régie de l'assurance-maladie du Québec, conformément à l'article 25 de la *Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec*.

Les faits saillants de l'exercice 1990-1991 se regroupent sous les rubriques suivantes : les modifications à la structure administrative de la Régie, les principales actions menées par les directions générales de la Régie, le coût des programmes et les données sur l'administration générale.

Parmi les modifications apportées à la structure administrative, il est important de souligner la création d'un poste de coordonnateur à la réforme du système de la santé et des services sociaux. Elle découlait de l'annonce faite, le 7 décembre 1990, par le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Marc-Yvan Côté, qui exprima alors la volonté du gouvernement de procéder à une réforme majeure du système de la santé et des services sociaux. Compte tenu de l'impact important que plusieurs mesures auront sur la mission de la Régie, il était essentiel de désigner une personne qui, sous l'autorité du président-directeur général, élaborerait la stratégie d'implantation de ces mesures et coordonnerait toutes les activités nécessaires à leur mise en place harmonieuse.

De plus, une modification a été apportée en cours d'année à la structure administrative de la Direction générale de l'évaluation et du contrôle afin de permettre à celle-ci de mieux assumer les fonctions qui lui sont confiées, notamment en matière d'expertise professionnelle, ainsi qu'en matière d'analyse, de contrôle et d'évaluation des programmes.

Au chapitre des principales actions qui ont été menées, mentionnons en particulier :

- La poursuite, pour la deuxième année, de l'analyse et du suivi de la consommation des médicaments par les prestataires de la sécurité du revenu et les personnes de 65 ans ou plus. En 1990, 3 178 dossiers relatifs aux profils de consommation des prestataires de la sécurité du revenu ont été analysés et plus de 1 000 bénéficiaires se sont vu assigner un «pharmacien désigné».

- L'élaboration et l'application d'un plan directeur des activités de contrôle comprenant un calendrier annuel d'actions et d'interventions.

- L'élaboration d'un ensemble de principes directeurs destinés à guider les activités et les attitudes du personnel de la Régie en matière de contrôle.

- La mise au point d'une série d'indicateurs qui constitueront un tableau de bord pour le suivi et la surveillance des diverses actions de contrôle.

- La mise en place, le 15 octobre 1990, d'un nouveau service téléphonique automatisé, la «carte-soleil parlante», en vue d'améliorer les services à la population du Québec métropolitain.

- L'instauration d'une mesure de sensibilisation des bénéficiaires à la valeur de la carte d'assurance-maladie, clef d'accès au système de soins de santé : la Régie demande maintenant des frais administratifs de dix dollars lorsqu'elle doit remplacer avant son expiration une carte perdue, volée ou endommagée.

- La conduite de la phase préliminaire d'un projet pilote visant à évaluer l'utilité d'une «carte santé» à microprocesseur.

- La révision de l'ensemble des programmes d'aides techniques que la Régie administre en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie* (orthèses, prothèses, fauteuils roulants, aides visuelles, aides auditives, etc.).

- Le programme Contribution et qualité de service de la Direction générale des opérations, qui vise d'abord la qualité des traitements, c'est-à-dire le règlement adéquat de toutes les demandes de paiement dès le premier traitement.

- Le lancement, par la même direction générale, de six projets majeurs concernant :

  - l'amélioration des systèmes de paiement;

  - le développement d'un nouveau mécanisme de recouvrement des coûts relatifs aux services rendus par des médecins dans le cadre des lois administrées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec;

  - la modification des codes d'identification des médicaments en fonction des exigences du gouvernement fédéral;

  - l'instauration d'un rapport d'activité à l'usage des professionnels rémunérés à salaire ou honoraires fixes et à honoraires forfaitaires;

  - la refonte du système de traitement des demandes de paiement des professionnels rémunérés à salaire ou honoraires fixes;

  - l'amélioration des mécanismes de correction.

- L'amélioration des postes de travail, notamment ceux des directions chargées de l'informatique, en vue de faciliter la réalisation des projets de développement de la Régie.

- L'implantation de Productivité Plus, une méthodologie visant à faciliter la gestion de projet.

- Le travail de coordination accompli par la Direction générale des affaires corporatives dans le cadre du projet de loi 120 (*Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*), travail portant sur l'analyse des besoins et l'appréciation des solutions susceptibles de permettre la réalisation des orientations gouvernementales, cela pour ce qui concerne les dossiers relevant de la responsabilité de la Régie.

- La participation de cette direction générale à l'élaboration des projets d'amendement à la *Loi sur l'assurance-maladie du Québec* et à la *Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec*.

En 1990-1991, le coût des programmes administrés par la Régie a atteint 2 813 M$, soit une hausse de 9,6 % comparativement à l'exercice précédent, où l'augmentation avait été de 7,2 %. Le programme de services médicaux a coûté 1 925 M$ et équivaut à lui seul à près de 70 % du coût total des programmes. Quant au programme de médicaments et de services pharmaceutiques, son coût s'établit à 518 M$. Ces deux programmes, qui représentent 86,8 % des dépenses de la Régie pour les programmes qu'elle administre, ont, en 1990-1991, progressé respectivement de 8,1 % et de 15,5 %. Le coût du programme de services optométriques s'est accru de 5 %, celui des prothèses de 20,1 % alors que celui des services dentaires a augmenté de 4,1 %. Les montants consacrés aux bourses de recherche ont atteint 7 M$, une hausse de 7,6 %. Quant au coût des bourses d'études, il se monte à 786 200 $, soit une diminution de 11,5 %. Le coût des services hospitaliers atteint 127 M$ et représente une augmentation de 8,1 % par rapport à l'exercice précédent. Les dépenses reliées aux mesures incitatives, qui visent à favoriser une meilleure répartition géographique des médecins et dentistes et par conséquent un meilleur accès aux services dans les régions éloignées, ont progressé de 14,6 % pour atteindre quelque 6,1 M$.

De plus, le ministère de la Santé et des Services sociaux a confié à la Régie un nouveau programme de primes d'installation et de bourses de formation spécialisée à l'intention des professionnels de la santé. Une somme de 3,9 M$ a été consacrée à ce programme au cours de l'exercice.

Le volume des demandes de paiement soumises par les dispensateurs de services assurés a été de 75,7 millions, soit 3,4 % de plus qu'au cours de l'exercice précédent. Il s'agit d'une hausse de 20,6 % en comparaison de l'exercice 1986-1987. Le nombre de demandes de paiement traitées par employé se situe à 62 381, ce qui représente une hausse de productivité de 1,2 %. Il est réjouissant de noter que le volume des demandes de paiement reçues selon les divers modes de facturation informatisée (ruban magnétique, disquette, télécommunication) a de nouveau augmenté en 1990-1991, pour atteindre quelque 45 millions, soit 60 % de toutes les demandes de paiement reçues à la Régie. Ce volume était de 40 millions en 1989-1990, soit 55 % des demandes de paiement présentées à la Régie.

Les frais d'administration de la Régie, qui représentent 2,5 % du coût des programmes, s'établissent à 69,2 M$, ce qui équivaut à une augmentation de 10,5 % par rapport à l'exercice précédent. Par ailleurs, les frais d'administration engendrés par le traitement d'une demande de paiement se situent à 0,91 $, comparativement à 0,86 $ pour l'exercice 1989-1990. Cette augmentation des frais d'administration est attribuable à l'affectation de ressources humaines et financières supplémentaires dans le but de renforcer les contrôles et la fonction d'évaluation des programmes administrés par la Régie, d'améliorer les services à la clientèle et de réviser un certain nombre de systèmes informatiques. Au cours de l'exercice 1990-1991, un plan de développement a été présenté au gouvernement et des crédits additionnels totalisant 13 103 000 $ répartis sur trois ans ont été approuvés afin de répondre aux objectifs poursuivis par la Régie.

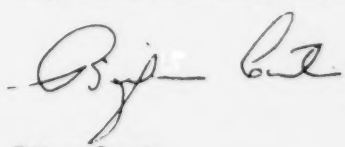
Comme on peut le constater à la lecture du présent document, l'année financière 1990-1991 aura été marquante quant au nombre et à la qualité des décisions administratives et des actions entreprises par la Régie de l'assurance-maladie pour rehausser la qualité des services aux bénéficiaires aussi bien que pour améliorer son efficacité et son efficience dans la gestion des programmes de santé que le gouvernement lui confie.

Pour la qualité du travail accompli et pour l'excellence de leur collaboration, je désire remercier très sincèrement les membres du Conseil d'administration.

À tous les employés et employées de la Régie de l'assurance-maladie, j'exprime ma profonde gratitude pour leur dynamisme et pour l'excellence de leur travail et je voudrais souligner de nouveau leur grande compétence. Je remercie également tous les cadres de la Régie pour leur collaboration et leur appui indéfectibles tout au long de cette année. Grâce à eux tous, les bénéficiaires du régime et les dispensateurs de services ont reçu des services de qualité, rendus avec courtoisie et efficacité.

L'implantation prochaine de la réforme des services de santé et des services sociaux comportera des défis énormes et nombreux pour notre organisme. Je suis convaincu que forte de l'appui de ses employés et employées, la Régie saura les relever avec compétence.

Le président-directeur général,



Réjean Cantin

Chapitre premier

LA RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE

Statut juridique

La Régie a été instituée en 1969 en vue d'administrer le régime d'assurance-maladie. La Régie est une corporation au sens du Code civil; elle en possède tous les pouvoirs généraux et, en plus, les pouvoirs particuliers que sa loi constitutive lui confère.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux est responsable de l'application de la *Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec* (L.R.Q., c. R-5), à l'exception de certaines sections du chapitre IV sur le financement de la Régie: la section I (contribution), dont l'application est confiée au ministre du Revenu, et les sections II (Fonds des services de santé) et III (Fonds de roulement), au ministre des Finances.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux répond également devant l'Assemblée nationale de l'application de la *Loi sur l'assurance-maladie* (L.R.Q., c. A-29), entrée en vigueur le 1er novembre 1970. À cette fin, il est autorisé par le gouvernement à conclure des ententes avec les organismes représentant les professionnels de la santé. La Régie est liée par ces ententes et doit veiller à ce qu'elles soient respectées.

Rôle et fonctions

La Régie a pour fonction d'appliquer le régime d'assurance-maladie institué par la *Loi sur l'assurance-maladie* (1970, c. A-29). Elle doit:

- Assumer, conformément à la loi, aux règlements, aux ententes et aux accords, le paiement ou le remboursement des services et des biens assurés;

- Contrôler l'admissibilité des bénéficiaires, en tenir un registre et leur délivrer une carte d'assurance-maladie;

- Tenir un registre de tous les dispensateurs agréés de services assurés qui permette de vérifier leur admissibilité aux diverses modalités de rémunération;

- Contrôler l'utilisation des programmes par les dispensateurs de services assurés et par les bénéficiaires;

- Recouvrer, des tiers responsables de maladies ou d'accidents et des organismes pour lesquels elle administre des programmes, les sommes dont ils ont occasionné le paiement;

- Faire les évaluations et donner les avis nécessaires à la bonne administration du régime d'assurance-maladie et des programmes gérés par la Régie;

- Renseigner les bénéficiaires et les dispensateurs de services assurés sur les programmes, les critères d'admissibilité et la façon de demander un paiement ou un remboursement.

À ces fonctions s'ajoute la responsabilité d'assurer le service de secrétariat des comités de révision et des conseils d'arbitrage constitués en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*.

■ Le Conseil d'administration

Le Conseil d'administration de la Régie se compose de 14 membres, tous nommés par le gouvernement.

Le Conseil d'administration de la Régie

Membres[1]	Milieu représenté
Réjean Cantin Président-directeur général	
Reynald Gagnon Vice-président	Gouvernement
Claude Chicoine Paul Desjardins Clément Richer Robert Théroux Jean-G. Prud'Homme	Professionnels de la santé
Charles Chamard	Milieu hospitalier
Paul-G. Brunet	Consommateurs
Lionel Boulet Pierrette Rayle	Milieu des affaires
Francine Dufresne Henri Massé	Milieu du travail
Robert Tremblay	Gouvernement
Secrétaire	
Denis Morency	

1. En fonction au 31 mars 1991.

Le Conseil d'administration exerce notamment les pouvoirs suivants: il adopte les règlements de régie interne et des règlements d'application de la *Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec* et de la *Loi sur l'assurance-maladie*, donne des avis sur des projets de règlement d'application de la *Loi sur l'assurance-maladie* ou les recommande au gouvernement et approuve tout ce qui touche à l'administration supérieure de l'organisme, c'est-à-dire les objectifs généraux, le budget directeur et l'état de l'effectif, les politiques générales, les états financiers annuels, les baux et contrats dont la valeur globale est déterminée par résolution, les emprunts, la radiation de toute créance excédant le montant établi par résolution et la politique de placement à court terme.

Le Comité de vérification

Le Comité de vérification se compose de deux membres du Conseil d'administration nommés par ce dernier, Me Paul-G. Brunet et le Dr Clément Richer, et d'un directeur désigné par le Conseil d'administration sur la recommandation du président-directeur général de la Régie. Il s'agit de M. André Roy. Le Dr Richer assume la présidence de ce comité.

Le Comité de vérification a pour mandat:

- De conseiller le président-directeur général sur le choix des priorités d'intervention de la vérification interne ainsi que sur les plans annuels et à long terme de vérification interne;

- D'étudier le rapport annuel de la Direction de la vérification interne et de l'assurance-qualité et celui du Vérificateur général,d'examiner le suivi de leurs recommandations et d'en faire rapport au Conseil d'administration;

- D'effectuer, à la demande du Conseil d'administration, l'étude de toute autre question ayant trait à l'administration des programmes de la Régie.

Chapitre 2

LES DONNÉES FINANCIÈRES

Sources de financement

Le financement des programmes et des frais d'administration de la Régie est assuré par diverses sources. Le Fonds des services de santé ainsi que le gouvernement du Québec garantissent la plus grande partie des sommes requises.

Le Fonds des services de santé

Le Fonds des services de santé a été créé en juin 1981 afin de pourvoir à une partie des besoins financiers de la Régie et du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'administration de leurs programmes. Il est alimenté par une contribution représentant un pourcentage de la masse salariale (3,45 % depuis le 27 avril 1990), que les employeurs remettent au ministre du Revenu et que le ministre des Finances répartit ensuite également entre la Régie et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le ministre des Finances ajoute périodiquement les sommes nécessaires à l'équilibre des revenus et des dépenses de la Régie, qu'il prélève sur le Fonds consolidé du Revenu.

Le gouvernement du Québec

Le gouvernement du Québec, par l'entremise de certains ministères avec lesquels la Régie conclut des accords, finance les programmes suivants:

- L'assistance-maladie, qui couvre les biens et services fournis aux prestataires de la sécurité du revenu (ministère de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle);

- Les services hospitaliers reçus hors du Québec, les médicaments fournis à certains bénéficiaires atteints de maladies graves ou chroniques,

  la rémunération des pharmaciens dans le cadre d'un mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation de médicaments par certains prestataires de la sécurité du revenu, ainsi que la rémunération des résidents en médecine (ministère de la Santé et des Services sociaux).

La Commission de la santé et de la sécurité du travail

La Régie assume la rémunération des médecins qui exercent dans le cadre des lois administrées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail:

- Les paiements à l'acte pour les services assurés en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, de la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels* et de la *Loi visant à favoriser le civisme*;

- Les salaires et les vacations pour les services assurés en vertu de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*.

La Commission rembourse à la Régie les sommes ainsi engagées.

Les autres provinces

Conformément à une entente interprovinciale, la Régie paie aux établissements du Québec les services hospitaliers rendus à des résidents des autres provinces et se fait ensuite rembourser par celles-ci.

Les autres sources

Divers autres revenus contribuent au financement de la Régie, principalement:

- Le recouvrement, des tiers responsables de maladies ou d'accidents, du montant des services assurés en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie* et de la *Loi sur l'assurance hospitalisation*;

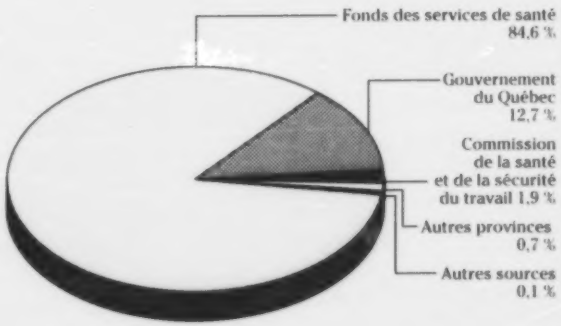
- Les primes versées par les ressortissants étrangers qui désirent bénéficier de l'assurance-maladie et de l'assurance-hospitalisation; ces primes sont de 565 $ par an pour une personne seule et de 1 695 $ par an pour une famille et son personnel domestique.

La Régie remet au ministère de la Santé et des Services sociaux la part des recouvrements et des primes qui se rapporte à l'assurance-hospitalisation.

À ces sommes s'ajoutent les revenus provenant d'intérêts bancaires et de ventes de services à des ministères ou à des organismes gouvernementaux.

Graphique 1

Sources de financement en 1990-1991



États financiers de l'exercice terminé le 31 mars 1991

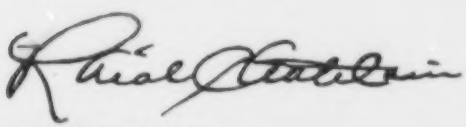
Rapport du Vérificateur

J'ai vérifié le bilan de la Régie de l'assurance-maladie du Québec au 31 mars 1991 ainsi que l'état du coût et du financement des programmes administrés par la Régie de l'exercice terminé à cette date. La responsabilité de ces états financiers incombe à la direction de la Régie. Ma responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces états financiers en me fondant sur ma vérification.

Ma vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir un degré raisonnable de certitude quant à l'absence d'inexactitudes importantes dans les états financiers. La vérification comprend le contrôle par sondages des informations probantes à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans les états financiers. Elle comprend également l'évaluation des conventions comptables suivies et des estimations importantes préparées par la direction, ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

À mon avis, ces états financiers présentent fidèlement, à tous égards importants, la situation financière de la Régie au 31 mars 1991 ainsi que les résultats de ses opérations de l'exercice terminé à cette date selon les conventions comptables énoncées à la note 2. Conformément aux exigences de la *Loi sur le vérificateur général* (L.R.Q., chapitre V-5.01), je déclare qu'à mon avis ces conventions ont été appliquées de la même manière qu'au cours de l'exercice précédent.

Le Vérificateur général du Québec,



Rhéal Chatelain, f.c.a.

Québec, le 29 mai 1991

Régie de l'assurance-maladie du Québec

Coût et financement des programmes administrés par la Régie de l'exercice terminé le 31 mars 1991

	Régime d'assurance-maladie	Assistance-maladie	Autres programmes	Total	
				1991	1990
			(en milliers de dollars)		
Coût des programmes					
Services médicaux	1 851 023		73 986	1 925 009	1 780 564
Services optométriques	48 826	3 664		52 490	50 008
Services dentaires	75 258	41 153		116 411	111 780
Médicaments et services pharmaceutiques	396 621	121 019	453	518 093	448 507
Prothèses	34 885	10 950		45 835	38 160
Bourses et primes	24 410		3 926	28 336	20 079
Services hospitaliers (note 3)			127 021	127 021	117 530
	2 431 023	**176 786**	**205 386**	**2 813 195**	**2 566 628**
Recouvrement des tiers responsables et des ressortissants étrangers pour soins hospitaliers			3 141	3 141	2 374
	2 431 023	**176 786**	**202 245**	**2 810 054**	**2 564 254**
Frais d'administration (note 4)	61 156	6 037	2 055	69 248	62 659
	2 492 179	**182 823**	**204 300**	**2 879 302**	**2 626 913**
Sources de financement					
Fonds des services de santé	2 434 933			2 434 933	2 223 267
Gouvernement du Québec		182 823	184 148	366 971	333 309
Ententes réciproques avec les autres provinces (note 3)			20 152	20 152	18 013
Commission de la santé et de la sécurité du travail	54 711			54 711	50 390
Autres	2 535			2 535	1 934
	2 492 179	**182 823**	**204 300**	**2 879 302**	**2 626 913**

Régie de l'assurance-maladie du Québec

Bilan au 31 mars 1991

	1991	1990
	(en milliers de dollars)	
Actif		
À court terme		
Encaisse	1 964	16 020
Contributions à recevoir du Fonds des services de santé	237 753	203 820
Frais à récupérer		
Programme d'assistance-maladie	49 482	43 019
Autres programmes	63 223	44 470
Autres créances	2 670	2 807
	355 092	**310 136**
Immeuble du siège social (note 5)	14 800	15 400
	369 892	**325 536**
Passif		
À court terme		
Chèques en circulation	59 776	57 851
Services à payer	284 621	244 536
Autres créditeurs et frais courus	10 695	7 749
	355 092	**310 136**
Dette à long terme (note 6)	14 800	15 400
	369 892	**325 536**

Pour la Régie

Réjean Cantin
Président-directeur général

Clément Richer
Membre du Conseil d'administration
et du Comité de vérification

Régie de l'assurance-maladie du Québec

Notes complémentaires
31 mars 1991

1. Constitution, fonction et financement

La Régie, corporation constituée par la *Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec* (L.R.Q., chapitre R-5 et modifications), a pour fonction d'administrer le régime d'assurance-maladie et tout autre programme que la loi ou le gouvernement lui confie.

La Régie administre, entre autres, le programme d'assistance-maladie du ministère de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle, ainsi que les parties suivantes de programmes du ministère de la Santé et des Services sociaux : la rémunération des résidents en médecine, le paiement des services hospitaliers rendus hors du Québec, le paiement des primes d'installation et des bourses de formation spécialisée et la perception des sommes à recouvrer pour soins hospitaliers à l'égard des résidents des autres provinces, des tiers responsables et des ressortissants étrangers. La Régie paie en outre les services professionnels rendus par les médecins oeuvrant dans le cadre de lois administrées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail et se fait rembourser par cette dernière les frais ainsi occasionnés.

Le financement du régime d'assurance-maladie s'effectue à même le Fonds des services de santé qui est constitué de la contribution des employeurs et des sommes qu'y verse le ministre des Finances à même le Fonds consolidé du revenu et selon les besoins de la Régie.

2. Conventions comptables

Les états financiers de la Régie ont été préparés par la direction selon les conventions comptables énoncées ci-dessous. Ces états comprennent des montants fondés sur les meilleurs jugements et estimations.

– Sources de financement

Les revenus sont enregistrés selon la méthode de la comptabilité d'exercice à l'exception des sommes recouvrées des tiers et des contributions des ressortissants étrangers qui le sont lors de leur encaissement.

– Coût des programmes

Les montants imputés au coût des programmes comprennent la valeur estimative des demandes de paiement reçues jusqu'au 30 avril à l'égard des services rendus et des médicaments fournis avant le 1er avril.

– Frais d'administration

Les frais d'administration sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice.

– Immobilisations

L'immeuble du siège social est comptabilisé au prix coûtant et l'amortissement correspond à la partie de la dette à long terme remboursée au cours de l'exercice. Les acquisitions d'ameublement et d'équipement ainsi que les dépenses pour l'amélioration des aires locatives sont imputées aux frais d'administration.

3. Services hospitaliers

	1991	1990
	(en milliers de dollars)	
Services hospitaliers reçus hors du Québec par ses résidents	106 869	99 517
Services hospitaliers reçus au Québec par des résidents des autres provinces	20 152	18 013
	127 021	**117 530**

4. Frais d'administration

	1991	1990
	(en milliers de dollars)	
Traitements et avantages sociaux	44 801	41 801
Locaux, équipement et ameublement	11 986	10 296
Fournitures et approvisionnements	2 549	2 537
Services de transport et de communication	3 324	2 962
Intérêts sur la dette à long terme	1 643	1 710
Services professionnels et autres	4 345	2 753
Amortissement de l'immeuble du siège social	600	600
	69 248	**62 659**

5. Immeuble du siège social

	1991	1990
	(en milliers de dollars)	
Coût de l'immeuble	18 537	18 537
Amortissement accumulé	3 737	3 137
	14 800	**15 400**

6. Dette à long terme

	1991	1990
	(en milliers de dollars)	
Obligations, série «A», 10,875 % l'an, remboursables par versements annuels de 600 000 $ en capital plus les intérêts et échéant le 30 septembre 1995. Le remboursement du capital et le paiement des intérêts sont garantis par le gouvernement du Québec.	**14 800**	**15 400**

7. Rémunération des professionnels de la santé

Les ententes suivantes avec les professionnels de la santé, expirées au 31 mars 1991, n'ont fait l'objet d'aucune provision au passif à l'égard des modifications qui pourraient être apportées aux tarifs lors de leur renouvellement:

	Date d'expiration
Association québécoise des pharmaciens propriétaires	31 mai 1989
Fédération des médecins résidents du Québec	30 juin 1989
Association des chirurgiens dentistes du Québec	31 mai 1990
Association professionnelle des optométristes du Québec	31 mai 1990

8. Régimes de retraite

Les employés de la Régie et les professionnels de la santé rémunérés à salaire participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) et au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF). Ces régimes sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès.

Les contributions de la Régie imputées aux résultats de l'exercice s'élèvent à 1 883 575 $ (1990: 1 788 749 $) pour ses employés et sont incluses dans les frais d'administration. De plus, les contributions pour les professionnels de la santé rémunérés à salaire s'élèvent à 4 489 977 $ (1990: 4 193 105 $) et sont incluses dans le coût des programmes aux postes Services médicaux et Services dentaires. Les obligations de la Régie envers ces régimes gouvernementaux se limitent à ses contributions pour services courants à titre d'employeur.

Tableau 1

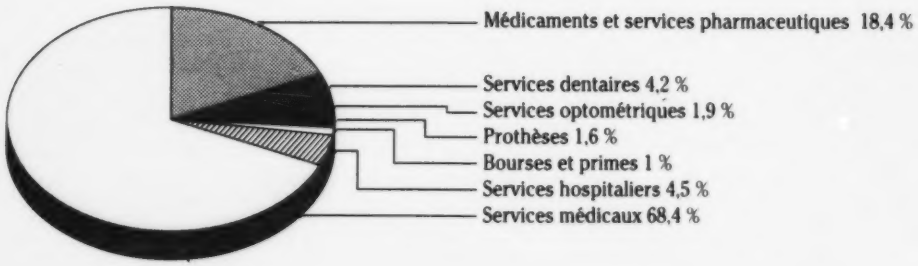
Le coût des programmes administrés par la Régie[1] de 1986-1987 à 1990-1991 (en k$)

		1986-1987	1987-1988	1988-1989	1989-1990	1990-1991
	Services médicaux	**1 437 858**	**1 548 831**	**1 666 814**	**1 780 564**	**1 925 009**
	Rémunération à l'acte[2]	1 181 201	1 258 773	1 364 332	1 454 730	1 571 512
A	Omnipraticiens	448 135	492 889	523 132	555 711	597 737
A	Spécialistes	714 083	747 881	822 464	877 643	951 816
A	Professionnels de la santé hors du Québec	9 645	8 590	8 538	9 408	9 407
A	Remboursements versés aux bénéficiaires	9 338	9 413	10 198	11 250	11 906
B	Soutien financier[3]	0	0	0	718	646
A	Rémunération à salaire et à la vacation	168 301	185 927	194 746	210 764	231 850
	Salaires	78 113	82 369	88 337	93 466	97 085
	Vacations	90 188	103 558	106 409	117 298	134 765
A	Remboursements au ministère de la Justice	2	0	0	0	0
B	Rémunération des résidents en médecine	57 552	69 694	67 852	71 296	73 335
B	Rémunération à l'acte - C.S.S.T.	30 802	34 437	39 884	43 774	48 312
A	**Services optométriques**	**39 838**	**42 180**	**45 022**	**50 008**	**52 490**
	Services dentaires	**114 488**	**112 610**	**115 242**	**111 780**	**116 411**
A	Chirurgie buccale	3 328	3 487	4 325	3 393	4 219
A	Services dentaires	100 716	98 444	102 377	99 653	102 624
	Enfants	76 333	76 243	81 698	78 123	78 436
	Prestataires de la sécurité du revenu (P.S.R.)	24 383	22 201	20 679	21 530	24 188
B	Prothèses dentaires (P.S.R.)	10 444	10 679	8 540	8 734	9 568
	Dentistes	3 248	3 123	2 615	2 653	2 819
	Denturologistes	7 196	7 556	5 925	6 081	6 749
	Médicaments et services pharmaceutiques	**298 092**	**343 194**	**395 347**	**448 507**	**518 093**
A	Prestataires de la sécurité du revenu	85 210	91 798	99 135	106 483	121 019
A	Personnes âgées	212 738	251 293	296 061	341 831	396 621
B	Patients d'exception	144	103	151	193	378
B	Surveillance et suivi de la consommation[4]	0	0	0	0	75
	Prothèses	**28 797**	**30 681**	**32 743**	**38 160**	**45 835**
A	Prothèses et appareils orthopédiques	22 365	23 838	25 121	30 847	38 050
A	Aides pour les handicapés visuels	1 931	1 612	1 819	1 450	1 664
A	Aides pour les handicapés auditifs (- de 36 ans)	1 225	1 749	2 222	2 182	2 303
B	Aides pour les handicapés auditifs (P.S.R. et + de 36 ans)	967	1 079	1 150	1 164	1 203
B	Prothèses mammaires externes	142	140	129	121	126
B	Prothèses oculaires	122	112	116	127	118
B	Appareils pour stomisés permanents	2 045	2 151	2 186	2 269	2 371
	Bourses et primes	**12 985**	**19 040**	**22 536**	**20 079**	**28 336**
A	Bourses d'études	1 415	1 592	1 152	888	786
A	Bourses de recherche	5 054	5 424	5 856	6 499	6 990
B	Bourses de formation spécialisée[4]	0	0	0	0	371
B	Primes d'installation[5]	(98)[6]	0	0	0	3 555
A	Mesures incitatives	3 539	4 326	5 202	5 307	6 082
A	Assurance-responsabilité professionnelle	3 075	7 698	10 326	7 385	10 552
	Services hospitaliers	**113 448**	**129 377**	**116 146**	**117 530**	**127 021**
B	Services rendus hors du Québec	97 546	111 377	98 155	99 517	106 869
B	Services rendus au Québec à des résidents des autres provinces	15 902	18 000	17 991	18 013	20 152
	Total	**2 045 506**	**2 225 913**	**2 393 850**	**2 566 628**	**2 813 195**

1. A et B font référence respectivement aux programmes administrés en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie* et de la *Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec* (voir Annexe 1).
2. Depuis l'exercice 1987-1988, la médecine de laboratoire a été intégrée à la rémunération à l'acte.
3. Programme confié à la Régie depuis l'exercice 1989-1990.
4. Programme confié à la Régie à partir de l'exercice 1990-1991.
5. Programme confié à la Régie pour l'exercice 1985-1986 puis à partir de l'exercice 1990-1991.
6. Les parenthèses indiquent qu'il s'agit de la correction d'une dépense surévaluée l'année précédente.

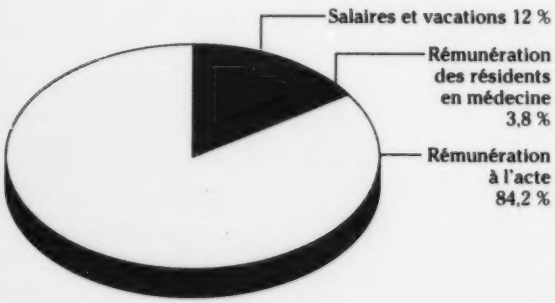
Graphique 2

Répartition du coût des programmes en 1990-1991



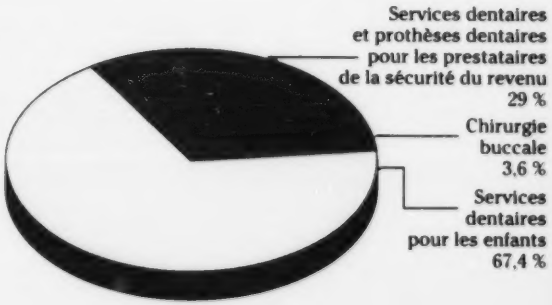
Graphique 3

Services médicaux



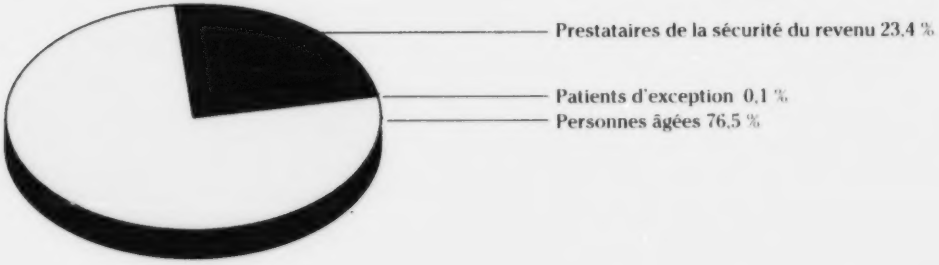
Graphique 4

Services dentaires



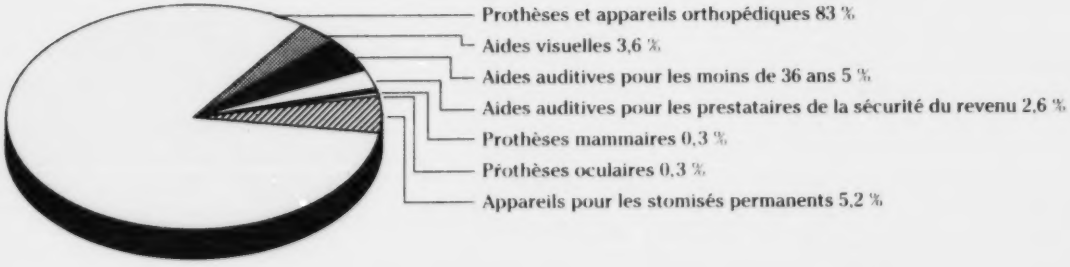
Graphique 5

Médicaments et services pharmaceutiques



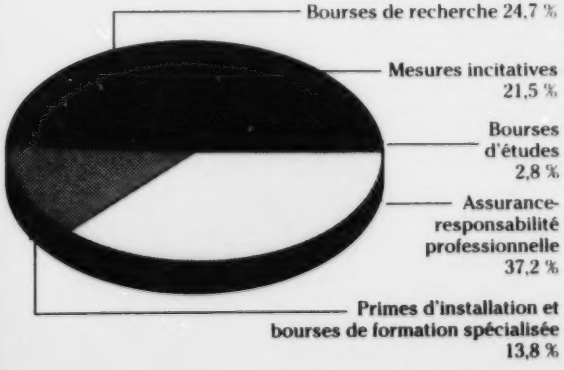
Graphique 6

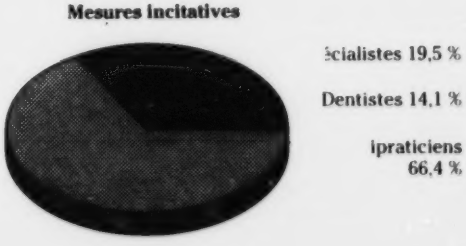
Prothèses



Graphique 7

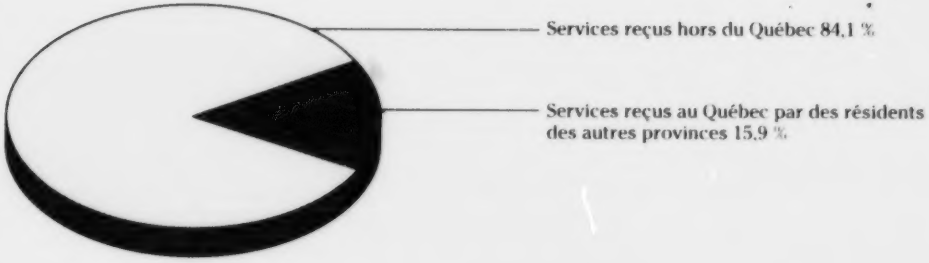
Bourses et primes





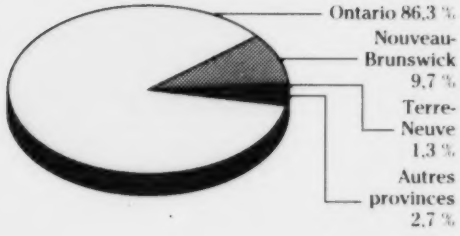
Graphique 8

Services hospitaliers[1]

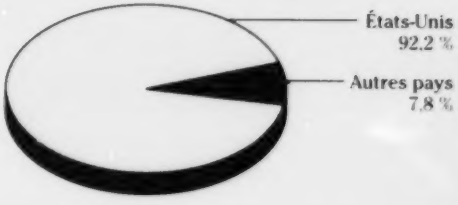


Services reçus hors du Québec

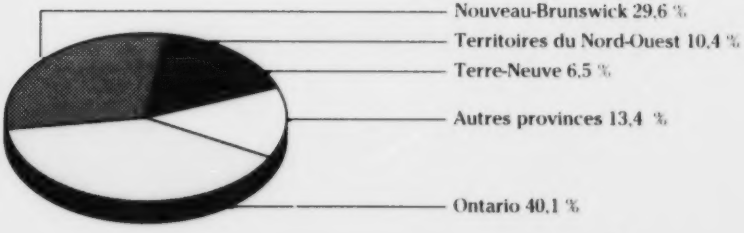
Au Canada



Hors du Canada



Services reçus au Québec par des résidents des autres provinces



1. Ce programme ne comprend pas les services hospitaliers fournis au Québec à des résidents du Québec.

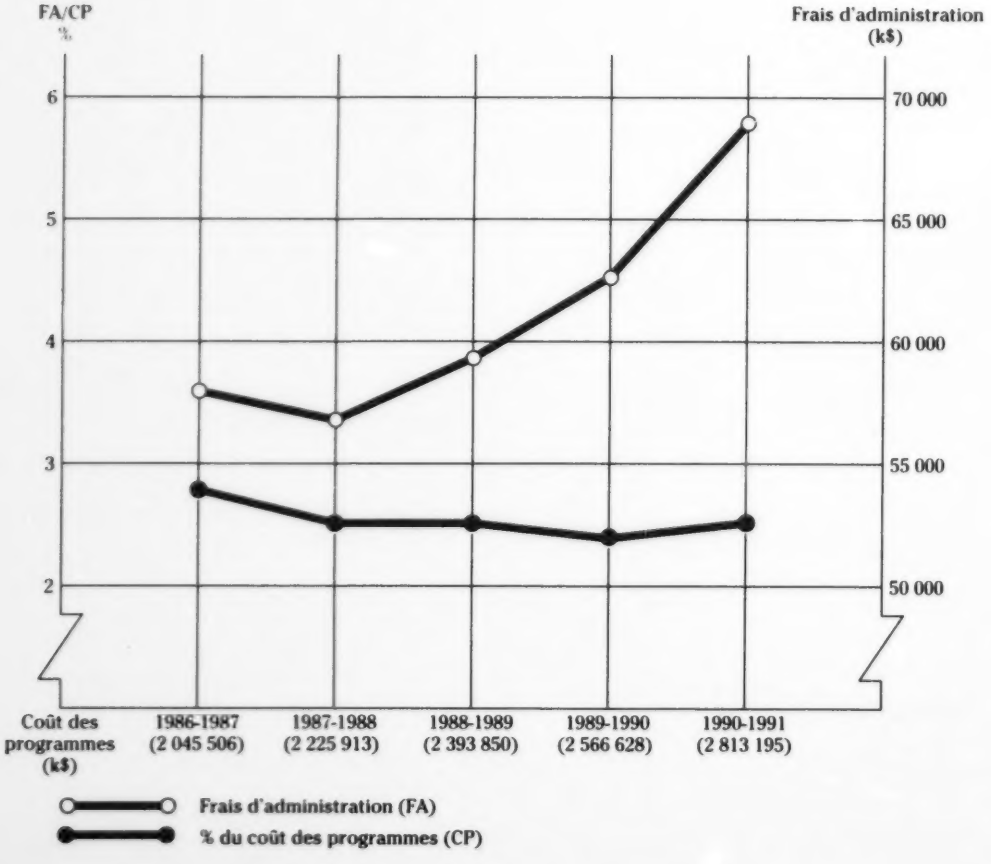
Frais d'administration

L'administration de la Régie a engendré des frais de 69 248 M$ au cours de l'exercice financier 1990-1991. Par rapport à l'exercice 1986-1987, ces frais ont augmenté de 11,5 M$, ce qui équivaut à un taux moyen de croissance annuelle de 4,6 %. Cependant, en excluant une somme de 3,8 M$ consacrée au cours de l'exercice au raffermissement des contrôles et à la révision de certains systèmes informatiques, le taux moyen de croissance annuelle aurait été de 3,2 %, ce qui est de beaucoup inférieur à la progression de l'indice des prix pour la même période. Depuis 1986-1987, le nombre de demandes de paiement traitées a augmenté annuellement de 4,8 % en moyenne.

En 1990-1991, les frais d'administration représentaient 2,5 % du coût des programmes.

Graphique 9

Évolution des frais d'administration de 1986-1987 à 1990-1991



Chapitre 3

L'ADMINISTRATION

L'organisation

La structure administrative

La structure administrative de la Régie est conçue en fonction du meilleur accomplissement possible de tous les aspects de sa mission, notamment en matière de contrôle et d'évaluation.

La mission de la Régie comporte trois volets majeurs qui sont : payer ou rembourser le coût des services et des biens assurés, évaluer et contrôler l'utilisation du régime ou des programmes et conseiller sur ce sujet les autorités gouvernementales.

La structure administrative se caractérise principalement par :

- La présence de cinq directions générales : la Direction générale de l'évaluation et du contrôle, la Direction générale des services à la clientèle, la Direction générale des opérations, la Direction générale de l'administration et la Direction générale des affaires corporatives;

- La répartition, dans les trois premières, des activités directement reliées à l'accomplissement de la mission;

- Le regroupement des activités de soutien dans la Direction générale de l'administration;

- La présence d'une Direction générale des affaires corporatives qui, en plus d'être chargée du secrétariat de l'organisme et des activités de nature juridique, apporte une contribution majeure au rôle de conseil que joue la Régie;

- Le regroupement, dans une direction relevant du président-directeur général, des activités d'assurance-qualité, de vérification interne et d'information de gestion pour l'ensemble de la Régie;

- La présence d'un poste de commissaire aux plaintes des bénéficiaires et d'un poste de coordonnateur à la réforme du système de la santé et des services sociaux.

Le commissaire aux plaintes des bénéficiaires

Le 12 décembre 1989, le Conseil d'administration de la Régie a entériné la création d'un poste de commissaire aux plaintes des bénéficiaires.

Le mandat du commissaire aux plaintes des bénéficiaires est de représenter de façon indépendante les bénéficiaires devant l'administration de la Régie pour défendre leurs droits et voir à ce qu'ils obtiennent les meilleurs services. Outre les plaintes et les demandes de révision de décisions de la Régie, il examine et apprécie les dispositions législatives et réglementaires, ainsi que les politiques et procédures administratives applicables aux bénéficiaires par la Régie et il fait des recommandations tant sur la détermination de leur contenu que sur leur application.

Le commissaire aux plaintes des bénéficiaires doit soumettre au Conseil d'administration de la Régie un rapport semestriel et un rapport annuel de ses activités.

Au cours de l'exercice financier 1990-1991, le commissaire aux plaintes des bénéficiaires a reçu et traité 35 plaintes de bénéficiaires. Il a formulé des recommandations relativement à quatre de ces dossiers, et elles ont été acceptées par la Régie. Les 35 dossiers de plaintes ont été fermés.

Le commissaire aux plaintes des bénéficiaires a également traité 203 demandes de révision de décisions de la Régie par des bénéficiaires. Dans ces dossiers qui lui ont été soumis par les directions concernées, la Régie n'entendait pas faire droit aux demandes de révision. Le commissaire a formulé des recommandations au regard de 87 de ces dossiers; 84 d'entre elles ont été acceptées par la Régie et 3 sont à l'étude. Des 203 dossiers de demandes de révision, 197 ont été fermés.

La Direction de la vérification interne et de l'assurance-qualité

La Direction de la vérification interne et de l'assurance-qualité procède à des vérifications et à des évaluations, et elle formule des recommandations concernant la conformité des systèmes de traitement et d'inscription au regard des documents officiels. Elle fait aussi des recommandations relativement à la gestion des ressources, des activités et des programmes dans les diverses unités administratives de la Régie. Elle vise à assurer que les ressources sont acquises, protégées et gérées avec efficacité et efficience, que les systèmes sont fiables et intègres, que les activités et programmes sont administrés en conformité avec les documents officiels et que les mécanismes requis ont été mis en place pour exercer les fonctions de gestion. De plus, la Direction assume le suivi global des inventaires des demandes de paiement et de remboursement et elle produit, pour la haute direction, l'information de gestion sur l'ensemble des activités de l'organisme et sur les programmes qu'il administre.

Le Service de la vérification interne procède, en fonction d'un plan de travail, à la vérification de l'ensemble des activités et systèmes de la Régie. Les travaux qu'il effectue permettent de fournir l'assurance que toutes les ressources sont gérées conformément aux documents officiels et qu'elles sont utilisées selon des principes d'efficacité, d'efficience, d'économie, de fiabilité et de protection des ressources. Le Service fait en outre un suivi trimestriel des recommandations provenant des rapports du Vérificateur général et de ceux qui ont suivi la réalisation des projets de développement informatique. Enfin, il produit, chaque mois, à l'intention de la haute direction, un rapport d'information de gestion sur les activités et

programmes de la Régie. Au cours de l'exercice 1990-1991, quatre mandats de vérification interne ont été achevés et trois autres ont été amorcés.

Pour ce qui est de la vérification de la qualité des opérations rattachées aux systèmes d'inscription et aux systèmes de traitement des demandes de paiement et de remboursement, elle s'effectue dans le cadre d'un programme d'assurance de la qualité. La conception, la gestion et l'application de ce programme sont confiées à un secteur qui relève directement du directeur. Les travaux de vérification se font par échantillonnage statistique, extraction informatique, introduction de sondeurs (demandes de paiement de contrôle), suivi d'indicateurs de performance et par des études spéciales. Au cours de l'exercice 1990-1991, on a fait 79 vérifications par échantillonnage, analysé 258 sondeurs introduits dans les systèmes et suivi 28 924 indicateurs de performance, actions qui ont donné lieu à la rédaction de 64, de 6 et de 29 rapports respectivement; 28 études spéciales ont aussi été menées.

■ Le coordonnateur à la réforme du système de la santé et des services sociaux

En décembre 1990, le ministre de la Santé et des Services sociaux a fait connaître les décisions gouvernementales engageant une réforme du système de la santé et des services sociaux. En vue d'amorcer les changements importants que cette réforme entraînera pour la Régie, un poste de coordonnateur à la réforme du système de la santé et des services sociaux a été créé. Sous l'autorité du président-directeur général, ce dernier a le mandat de coordonner, à l'échelle de la Régie ainsi qu'avec les ministères et organismes intéressés, les activités nécessaires à l'implantation harmonieuse de la réforme.

Graphique 10

Structure administrative supérieure

La gestion

La Direction générale de l'évaluation et du contrôle

La Direction générale de l'évaluation et du contrôle, en plus d'élaborer les normes d'application des divers programmes, fournit l'expertise professionnelle dans les diverses sciences de la santé à tous les secteurs de la Régie qui en ont besoin. Elle assure le contrôle des programmes pour en identifier et corriger les abus, conscients ou non, de la part des dispensateurs de services assurés et des bénéficiaires, et elle fait l'analyse et l'évaluation des programmes afin d'aider la Régie à jouer son rôle de conseil auprès des autorités gouvernementales. Chaque secteur de cette direction générale signale à l'ordre professionnel concerné, lorsque la situation se présente, les cas sérieux de manquements sur le plan de l'éthique ou de la qualité des services.

Les fonctions de la Direction générale sont réparties entre les trois unités administratives suivantes : la Direction des affaires médicales, la Direction des affaires dentaires, optométriques et pharmaceutiques et la Direction de l'évaluation et de la vérification.

À la Direction générale de l'évaluation et du contrôle est rattaché le Service de la normalisation qui détermine la position officielle de la Régie pour ce qui concerne les lois, les ententes, les accords et les programmes qu'elle administre, en établissant des normes d'application.

La Direction des affaires médicales

Cette direction exerce de façon continue et systématique des activités de contrôle a priori et a posteriori. Ainsi, l'analyse et l'évaluation des dossiers des cas complexes et de révision, de cas de conciliation d'honoraires et de demandes d'autorisation (en chirurgie plastique et pour les soins spécialisés ou d'urgence reçus hors du Québec) sont confiés à cette direction. Le sommaire annuel de ces activités au 31 mars 1991 apparaît au tableau 2.

Tableau 2

Dossiers d'expertise médicale

	Nombre de dossiers analysés
Règlement des cas complexes	45 149
Règlement des cas de révision	6 460
Règlement des cas hors du Québec	3 748
Règlement des cas d'orthèses-prothèses	1 516
Demandes d'autorisation de chirurgie plastique	7 248
Total	**64 121**

Cette direction est également chargée de l'analyse de la consommation et de la dispensation des services médicaux. À ce titre, elle établit des profils de facturation, de pratique et de dispensation et achemine régulièrement des dossiers aux comités de révision des omnipraticiens et des médecins spécialistes (voir le tableau 3).

Tableau 3

Recommandations des comités de révision des omnipraticiens et des spécialistes
(nombre et montants à recouvrer)

	1989-1990			1990-1991		
	N		$	N		$
	R	NR		R	NR	
Omnipraticiens	9	1	724 222	10	0	738 430
Spécialistes	3	1	141 128	5	1	531 140
Total	**12**	**2**	**865 350**	**15**	**1**	**1 269 570**

R: avis de la Régie retenu. NR: avis de la Régie non retenu.

La Direction des affaires dentaires, optométriques et pharmaceutiques

Cette direction est chargée d'activités de suivi, de surveillance et de contrôle dans les domaines dentaire, optométrique et pharmaceutique, tant sur le plan de l'expertise en matière de cas complexes ou de révision que sur le plan de l'analyse et de l'évaluation de la consommation et de la dispensation des services.

La Direction a aussi pour rôle de revoir les cas de conciliation d'honoraires et les demandes d'autorisation concernant la chirurgie buccale, les médicaments et les patients d'exception.

Les tableaux 4 et 5 présentent respectivement le sommaire des activités d'expertise et celui des activités rattachées aux profils de facturation et de pratique.

À cette direction s'effectue en outre, pour la deuxième année, l'analyse de la consommation des médicaments. L'étude des profils de consommation des prestataires de la sécurité du revenu et des personnes âgées de 65 ans ou plus, bénéficiaires du programme de médicaments, permet de suivre et de surveiller la consommation de médicaments chez ces groupes de personnes. Elle permet aussi de faire des recommandations au ministère de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle concernant les prestataires de la sécurité du revenu, afin d'inscrire dans un registre d'exception ceux et celles dont les profils de consommation sont les plus déviants et les plus désordonnés. Ces personnes se voient alors obligées de s'approvisionner en médicaments auprès d'un seul «pharmacien désigné».

En 1990, 3 178 dossiers relatifs aux profils de consommation des prestataires de la sécurité du revenu ont fait l'objet d'une analyse particulière, 1 496 portant sur l'année 1988 et 1 682 sur l'année 1989. Après recommandation faite au Ministère, plus de 1 000 prestataires se sont vu assigner un «pharmacien désigné».

Tableau 4

Dossiers d'expertise dentaire, optométrique et pharmaceutique

	Nombre de dossiers analysés		
	Expertise dentaire	**Expertise optométrique**	**Expertise pharmaceutique**
Règlement des cas complexes	18 675	811	47 746
Règlement des cas de révision	1 127	15	168
Demandes d'autorisation de chirurgie buccale	965	S/O	S/O
Médicaments d'exception	S/O	S/O	9 635
Patients d'exception	S/O	S/O	3 311
Total	**20 767**	**826**	**60 860**

S/O: sans objet.

Tableau 5

Recommandations des comités de révision des dentistes et des optométristes (nombre et montants à recouvrer)

	1989-1990			1990-1991		
	N		$	N		$
	R	NR		R	NR	
Dentistes	0	3	0	1	1	173 995
Optométristes	4	0	90 039	4	0	118 328
Total	**4**	**3**	**90 039**	**5**	**1**	**292 323**

R: avis de la Régie retenu. NR: avis de la Régie non retenu.

La Direction de l'évaluation et de la vérification

La Direction de l'évaluation et de la vérification se sert de mécanismes de contrôle visant à assurer la bonne administration du régime d'assurance-maladie et celle des programmes qui sont confiés à la Régie par d'autres ministères ou organismes. Ces contrôles, qui consistent entre autres en des sondages, des vérifications et des enquêtes, peuvent mener soit à des poursuites, soit à des réclamations ou des annulations de paiement.

Au cours de l'exercice financier 1990-1991, la Direction a envoyé à des bénéficiaires 33 183 formulaires de vérification des services rendus pour leur demander de confirmer ou d'infirmer l'authenticité d'un ou de plusieurs services reçus d'un dispensateur de services assurés. Les bénéficiaires sont avisés de ne retourner ce formulaire que si la réponse est négative; le taux de retour a été de 0,04 %.

Par ailleurs, 77 dossiers d'enquêtes ont été ouverts au cours de l'année, s'ajoutant aux 147 dossiers en inventaire. Parmi ces 224 dossiers, 114 ont été fermés. Les principales situations qui ont fait l'objet d'enquêtes sont les examens avec déplacement, les rémunérations versées sous plusieurs modes, le programme de médicaments et de services pharmaceutiques, les demandes de remboursement faites par des bénéficiaires pour des services reçus hors du Canada et l'hospitalisation à domicile.

À la suite d'enquêtes, la Régie a réclamé le remboursement de certaines sommes déjà versées et a refusé le paiement de certaines autres. Le total de ces montants s'établit à 1 235 967 $ et il se répartit comme l'indique le tableau 6 qui fournit, à des fins de comparaison, des données pour les deux dernières années budgétaires.

De plus, la Régie a récupéré 68 cartes d'assurance-maladie. Comme le coût en services médicaux rattaché à l'utilisation d'une carte est évalué à 266 $ par année approximativement, il s'agit d'une économie de 18 088 $ environ.

Tableau 6

Réclamations et annulations de paiement à la suite d'enquêtes (nombre et montants)

	1989-1990		1990-1991	
	N	$	N	$
Omnipraticiens	15	227 476	26	664 515
Spécialistes	7	223 215	25	373 364
Dentistes	1	37 500	1	8 500
Pharmaciens	8	195 541	3	105 611
Optométristes	5	15 337	2	44 000
Bénéficiaires	5	25 987	72	36 190
Établissements	6	1 340 347	2	3 787
Total	**47**	**2 065 403**	**131**	**1 235 967**

Au cours de l'exercice, le secteur de l'évaluation des programmes et des statistiques a complété le recrutement de son personnel. Il a effectué un travail de recherche afin de documenter l'évolution du programme des services médicaux et poursuit des travaux similaires relativement aux programmes des services pharmaceutiques et dentaires.

L'accumulation et le traitement des données recueillies dans le cadre de l'administration des programmes ont permis de répondre aux demandes de production et de transmission de données, ce qui satisfait aux dispositions des ententes avec les professionnels de la santé et des accords avec certains ministères ou organismes. De plus, au cours de l'exercice, la préparation des tableaux statistiques nécessaires à la publication des *Statistiques annuelles 1989* de la Régie a été effectuée.

Points saillants de l'année

De nouveaux instruments de contrôle

Trois réalisations particulières de la Direction générale méritent d'être soulignées, compte tenu de l'accent mis sur les mesures de contrôle :

- l'élaboration et l'application d'un plan directeur des activités de contrôle comportant un calendrier annuel d'actions et d'interventions;

- la conception, l'élaboration et la formulation sous la forme d'une politique générale du contrôle, d'un ensemble de principes destinés à guider les activités et l'attitude du personnel de la Régie en matière de contrôle;

- la mise au point d'une série d'indicateurs qui constitueront un tableau de bord pour le suivi et la surveillance des diverses actions de contrôle. Dépassant la centaine, ces indicateurs capables d'alerter la Régie de déviances sérieuses ne seront opérationnels dans leur totalité qu'au cours de la prochaine année, bien que plusieurs soient déjà fonctionnels et efficients.

Ces trois réalisations contribuent à l'application efficace des mécanismes de contrôle en vigueur à la Régie (voir leur description à l'Annexe 4).

La Direction générale des services à la clientèle

La Direction générale des services à la clientèle regroupe, de façon générale, les fonctions qui nécessitent des relations directes avec les bénéficiaires, les professionnels de la santé, les autres dispensateurs de services ou de biens assurés et avec les établissements du réseau de la santé. Ces fonctions comprennent l'information personnalisée et de masse, l'inscription des bénéficiaires et des dispensateurs de services assurés, la délivrance de la carte d'assurance-maladie et le traitement des demandes de paiement et de remboursement pour des services assurés reçus par des bénéficiaires en dehors du Québec, ainsi que pour les programmes de prothèses, d'orthèses et d'aides. La Direction générale s'occupe également des relations avec les instances intéressées pour résoudre les problèmes d'application de ces programmes.

La Direction des services aux professionnels et des relations avec la clientèle, la Direction de l'admissibilité des bénéficiaires et la Direction des services hors du Québec et des programmes d'aides techniques remplissent chacune différents aspects de la mission de la Direction générale des services à la clientèle.

La Direction des services aux professionnels et des relations avec la clientèle

Une partie importante des services directs que la Régie offre à la population et aux dispensateurs de services assurés relèvent de la Direction des services aux professionnels et des relations avec la clientèle. En effet, la Direction est chargée de l'information administrative, de l'assistance et des renseignements auprès de ces clientèles, ainsi que de la promotion des services offerts par la Régie. De plus, c'est à cette direction qu'incombent l'inscription des professionnels de la santé et autres dispensateurs et celle des agences de traitement de données. Elle établit aussi l'admissibilité des dispensateurs de services assurés aux divers modes de rémunération. Par ailleurs, la Direction élabore et met en oeuvre un plan de communication annuel à l'adresse de ses différentes clientèles. Enfin, éclairée par ses nombreux contacts avec le milieu de la santé et avec le public, elle contribue au développement et à la révision des programmes, aux modifications de la loi et des règlements, aux négociations en vue de la conclusion d'ententes et d'accords, ainsi qu'à l'élaboration de la documentation qui se rapporte à ces travaux.

Tableau 7

Services aux bénéficiaires	
Appels téléphoniques traités	326 170
Moyenne hebdomadaire	6 273
Visiteurs aux bureaux de la Régie	68 098

Tableau 8

Services aux dispensateurs de services assurés	
Appels téléphoniques traités	111 622
Moyenne hebdomadaire	2 147
Dispensateurs rencontrés individuellement ou en groupe	7 530

Tableau 9

Professionnels de la santé inscrits à la Régie au 31 mars

	Soumis à une entente						Désengagés		Non participants	
	Exerçant au Québec		Exerçant hors du Québec		Ayant présenté des demandes de paiement					
	1990	1991	1990	1991	1989-1990	1990-1991	1990	1991	1990	1991
Omnipraticiens	8 030	7 971	593	621	7 360	7 346	6	4	14	15
Spécialistes	8 051	8 214	594	627	7 179	7 349	2	2	32	32
Dentistes	2 768	2 807	33	35	2 686	2 754	4	5	184	181
Spécialistes en chirurgie buccale	57	57	0	0	52	53	0	0	0	0
Optométristes	1 020	1 044	45	46	1 041	1 069	0	0	0	0
Pharmaciens propriétaires	1 276	1 290	12	12	1 612[1]	1 560[1]	0	0	2	2
Total	**21 202**	**21 383**	**1 277**	**1 341**	**19 930**	**20 131**	**12**	**11**	**232**	**230**

1. L'unité dénombrée est «une pharmacie propriété d'un pharmacien». Une pharmacie est donc comptée autant de fois qu'elle a eu de propriétaires durant l'année.

Tableau 10

Autres dispensateurs de services assurés inscrits à la Régie au 31 mars

			Ayant présenté des demandes de paiement	
	1990	1991	1989-1990	1990-1991
Aides auditives				
Établissement	1	1	1	1
Audioprothésistes	156	156	111	114
Denturologistes	871	865	793	790
Ocularistes	5	5	2	2
Aides visuelles				
Établissements	5	5	5	5
Prothèses et orthèses				
Établissements	12	12	12	11
Laboratoires	18	19	18	19
Total	**1 068**	**1 063**	**942**	**942**

La Direction de l'admissibilité des bénéficiaires

Cette direction a pour rôle d'établir l'admissibilité des personnes au régime et de délivrer la carte d'assurance-maladie. Les cartes ayant une validité réglementaire de quatre ans, elle doit les renouveler à leur expiration. De plus, elle procède au remplacement des cartes à la demande des bénéficiaires et perçoit les frais correspondants s'il y a lieu.

La Direction est chargée de la tenue d'un registre des bénéficiaires qui contient, en plus des données relatives à l'inscription proprement dite, les informations nécessaires pour vérifier le droit au paiement ou au remboursement des différents services assurés. Elle assure également la mise à jour des adresses des bénéficiaires afin de permettre des communications efficaces avec ces derniers. Enfin, la Direction administre les ententes conclues avec les ministères et les organismes gouvernementaux en matière de divulgation des renseignements nominatifs.

Tableau 11

Modifications apportées au fichier d'inscription des bénéficiaires

Cartes délivrées sur la demande du bénéficiaire, sans frais		408 616
Nouvelles inscriptions	63 576	
Naissances	101 783	
Changements de nom	23 361	
Remplacements ou renouvellements	219 896	
Cartes délivrées sur la demande du bénéficiaire, avec frais		48 235[1]
Renouvellements automatiques		1 691 340
Mises à jour des adresses		894 726

1. L'imposition de frais pour le remplacement de la carte d'assurance-maladie est entrée en vigueur le 26 juillet 1990.

Tableau 12

Personnes reconnues comme admissibles au régime d'assurance-maladie durant leur séjour au Québec

	1989-1990	1990-1991
Revendicateurs du statut de réfugié		
Nouvelles inscriptions	7 453	11 552
Renouvellements d'inscription	24 610	19 709
Ressortissants étrangers ayant signé un accord avec la Régie et versé une prime	230	200
Ressortissants étrangers détenant un certificat d'acceptation du Québec	6 194	5 653

Tableau 13

Protocoles d'entente avec des pays étrangers

	1989-1990	1990-1991
Ressortissants étrangers bénéficiant du régime québécois	144	102
Québécois bénéficiant d'un régime étranger	34	76

La Direction des services hors du Québec et des programmes d'aides techniques

Cette direction a pour rôle de payer ou de rembourser le coût des services professionnels et hospitaliers reçus par des bénéficiaires hors du Québec ainsi que les services hospitaliers fournis par des établissements québécois à des résidents d'autres provinces. Elle administre également six programmes qui prévoient le paiement d'aides techniques fournies aux résidents du Québec ayant une déficience physique. En collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et les organismes concernés, elle contribue à définir les orientations de ces programmes et détermine les mécanismes administratifs qui s'y rattachent, ainsi que les priorités d'action en ce qui concerne leur développement, leur révision et l'implantation des modifications dont ils font l'objet. Enfin, la Direction assure les relations avec les ministères,

organismes, provinces, associations professionnelles ou groupes de personnes intéressés relativement aux problèmes d'application des programmes qui relèvent de sa compétence.

Tableau 14

Nombre de demandes de paiement ou de remboursement pour les services hors du Québec et pour les services hospitaliers fournis à des résidents des autres provinces	
Services reçus ou fournis hors du Québec	
Au Canada	
Services professionnels	177 775
Services hospitaliers	83 114
Hors du Canada	
Services professionnels et services hospitaliers	59 490
Services hospitaliers fournis au Québec à des résidents des autres provinces	11 624

Tableau 15

Nombre de demandes de paiement ou de remboursement pour les programmes d'aides techniques	
Orthèses et prothèses	93 827
Aides auditives	21 778
Aides visuelles	6 651
Prothèses mammaires	2 496
Appareils pour stomisés permanents	7 639
Prothèses oculaires	1 982

Points saillants de l'année

La carte-soleil parlante

En vue d'améliorer ses services à la clientèle, la Régie a inauguré, le 15 octobre 1990, un nouveau service téléphonique automatisé, la «carte-soleil parlante», à l'usage de la population du Québec métropolitain.

Il s'agit d'un système de renseignements enregistrés accessible 24 heures par jour et 365 jours par année. Il permet aux personnes d'obtenir des informations relativement à la carte d'assurance-maladie, à l'inscription au régime, aux services assurés au Québec et à l'extérieur du Québec et, enfin, de commander des formulaires ou dépliants divers, notamment le formulaire d'inscription.

Le bénéficiaire de la région desservie dispose donc maintenant de deux canaux pour joindre la Régie afin d'être bien informé, soit le réseau téléphonique ordinaire, qui le met en communication avec un préposé ou, s'il le préfère, un réseau téléphonique automatisé. Par ce nouveau moyen, la Régie améliore le service puisqu'elle dégage son personnel des appels routiniers et factuels, le rendant disponible pour les cas particuliers où l'interlocuteur a besoin de s'adresser à un préposé.

Il est à noter que, pendant les heures d'ouverture des bureaux, la personne qui fait appel à la carte-soleil parlante peut, si elle le souhaite, communiquer avec un préposé aux renseignements, puisque le système automatisé lui offre cette possibilité.

L'évaluation du nouveau service indique que le système a déjà répondu à 5 388 appels, qu'il est très fiable et très apprécié du public. Aussi, la Régie a décidé d'étendre ce service téléphonique automatisé à la population du Montréal métropolitain ainsi qu'à l'ensemble des professionnels et des dispensateurs de services au cours de l'exercice 1991-1992.

Frais de remplacement de la carte d'assurance-maladie

La carte d'assurance-maladie donne accès à la gratuité des services assurés dans le cadre du régime d'assurance-maladie du Québec. Aussi, pour sensibiliser les bénéficiaires à sa valeur, la Régie exige maintenant des frais administratifs de dix dollars lorsqu'elle doit remplacer, avant son expiration, une carte perdue, volée ou endommagée. Les personnes âgées de 65 ans ou plus et les prestataires de la sécurité du revenu bénéficiaires d'un programme d'aide de dernier recours prévu à la *Loi sur la sécurité du revenu* sont exemptés de ces frais.

Le projet Carte santé

En mars 1990, la Régie s'est vu confier le rôle de maître d'oeuvre pour la réalisation d'une phase préliminaire en vue de l'implantation d'une «carte santé» à microprocesseur.

Pour mener à bien ce mandat, elle s'est assuré les services d'une équipe de recherche de l'Université Laval et les conseils d'un Comité aviseur formé de médecins et de pharmaciens nommés par leur fédération ou association. De plus, la Commission d'accès à l'information et la Ligue des droits et libertés ont été consultées sur les grandes orientations du projet.

Cette carte de format standard que l'usager aurait en sa possession contiendrait des informations sur son état de santé. En la présentant aux intervenants de la santé et en leur accordant les autorisations nécessaires, il leur permettrait de dresser rapidement et de façon sécuritaire un portrait global de son état de santé.

Le projet Carte santé poursuit les objectifs suivants :

- susciter une meilleure utilisation des ressources;
- fournir rapidement aux intervenants de la santé l'information pertinente sur l'état de santé de l'usager et sur son suivi, de manière à faciliter sa prise en charge;
- faciliter l'échange d'informations entre les intervenants de la santé et entre ceux-ci et les détenteurs de la carte;
- simplifier certaines procédures de traitement des dossiers.

La phase préliminaire prévoit la réalisation d'un projet expérimental dont le fonctionnement sera régi par les principes suivants: l'adhésion au projet est libre et un refus d'y participer ne doit entraîner aucune discrimination, ni pour l'usager ni pour l'intervenant de la santé; l'usager pourra refuser que certaines informations soient inscrites sur sa carte; le contenu de la carte devra être communiqué à l'usager dans un langage accessible; enfin, l'accès à l'information de la carte santé doit se faire dans le respect de la confidentialité et de la vie privée de l'usager.

Les groupes et populations visés par le projet Carte santé sont les personnes de 60 ans ou plus, les femmes enceintes, les nourrissons de 0 à 18 mois de Rimouski et de ses environs, ainsi que l'ensemble de la population de Saint-Fabien de Rimouski. Les intervenants touchés sont les médecins, les pharmaciens, les infirmières exerçant principalement en CLSC et à l'urgence, et les ambulanciers.

La révision des programmes d'aides techniques

L'exercice financier 1990-1991 a été une période marquante en matière de révision des programmes d'aides techniques. En effet, dès la première année d'implantation du nouveau mécanisme de révision périodique, la Régie a revu l'ensemble des programmes d'aides techniques qu'elle administre en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie du Québec*. L'opération a comporté notamment:

- la mise à jour des prix des orthèses et des prothèses;
- la mise à jour des montants forfaitaires accordés pour les fauteuils roulants;
- la mise à jour de la liste et des prix des fauteuils roulants à propulsion manuelle ou motorisée;
- la mise à jour de la liste et des prix des aides visuelles;
- la mise en train d'un projet pilote visant à assurer un meilleur contrôle et une attribution plus judicieuse des aides visuelles;
- la mise à jour de la liste et des prix des aides auditives.

Ces actions ont permis, entre autres, de répondre plus adéquatement aux besoins des clientèles concernées et d'assurer une rémunération équitable aux différents dispensateurs.

Par ailleurs, guidée par un souci constant d'améliorer les services à la clientèle, la Direction des services hors du Québec et des programmes d'aides techniques a également mis l'accent en 1990-1991 sur le développement de ses liens avec l'ensemble des partenaires associés à la gestion des programmes d'aides techniques. À cette fin, des rencontres ont été organisées avec les dirigeants d'établissements dans le but d'optimiser l'administration des programmes, tant par des échanges sur les problématiques et les voies de solution que par des séances de formation sur les modalités d'attribution des aides techniques.

La Direction générale des opérations

La Direction générale des opérations assure les services de première ligne en ce qui concerne l'application des diverses ententes conclues avec les professionnels de la santé. Elle verse à ces derniers, selon différents modes de rémunération, les montants auxquels ils ont droit pour les services et les biens assurés qu'ils dispensent au Québec et pour les autres avantages prévus par les programmes (bourses, mesures incitatives, avantages sociaux). De plus, elle rembourse, le cas échéant, les bénéficiaires qui ont reçu des services de professionnels de la santé désengagés et verse les montants dont le paiement a été autorisé pour les services assurés reçus hors du Québec. Dans le cadre de l'évaluation des demandes de paiement ou de remboursement, elle se charge des contrôles a priori et, au besoin, annule, refuse ou corrige les demandes erronées. Elle joue, en outre, un rôle de conseiller en matière d'administration des ententes et programmes et s'occupe également des relations avec les instances intéressées en vue de régler les problèmes que pose leur application. Les trois directions qui accomplissent le mandat de la Direction générale sont la Direction du prétraitement des demandes de paiement, la Direction du règlement des services professionnels et la Direction du paiement et de la révision.

La Direction du prétraitement des demandes de paiement

Le rôle de cette direction consiste à recevoir, prétraiter et accepter les demandes de paiement et de remboursement provenant des professionnels de la santé, des autres dispensateurs de services assurés et des bénéficiaires.

Plus de 75 millions de demandes de paiement ont été reçues pendant l'année 1990-1991. De ce nombre, 24 % sont parvenues à la Régie par télécommunication, 36 % sont des demandes de paiement sur support magnétique et le reste, 40 %, sur papier (voir le tableau 16).

La Régie privilégie la facturation informatisée, la transmission par télécommunication plus particulièrement. Pour les professionnels de la santé, ce procédé est plus économique, la qualité des données est meilleure et la rétroaction plus rapide. D'autre part, pour la Régie, la facturation informatisée permet une réduction substantielle des coûts de transcription.

Des quelque 1 805 cabinets de professionnels de la santé et agences de traitement de données qui transmettent régulièrement à la Régie des demandes de paiement, 58 % le font par télécommunication et 42 % par support magnétique. Cela représente la facturation de plus de 8 900 professionnels de la santé. La Direction du prétraitement des demandes de paiement offre son assistance à ces cabinets et agences, répondant à près de 300 demandes mensuellement.

Tableau 16

Volume des demandes de paiement reçues selon les divers modes de facturation

	Médecins		Pharmaciens		Dentistes		Optométristes		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ruban magnétique	2 107 373	4,7	21 589 734	83,1	0	0	0	0	23 697 107	31,6
Télécommunication	17 673 033	39,7	60 102	0,2	18 760	0,8	32 151	1,5	17 784 046	23,7
Disquette	718 484	1,6	2 613 069	10,1	254 490	11,2	100 926	4,7	3 686 969	4,9
Total : facturation informatisée	20 498 890	46	24 262 905	93,4	273 250	12	133 077	6,2	45 168 122	60,2
Papier	24 133 979	54	1 705 587	6,6	2 002 146	88	2 018 902	93,8	29 860 614	39,8
Total	**44 632 869**	**100**	**25 968 492**	**100**	**2 275 396**	**100**	**2 151 979**	**100**	**75 028 736**	**100**

La Direction du règlement des services professionnels

Cette direction procède à la validation des demandes de paiement et à leur appréciation, de même qu'à l'autorisation de paiement de la rémunération des professionnels de la santé et des autres dispensateurs de services assurés. Elle autorise également le remboursement des bénéficiaires pour les services reçus au Québec. Pour ce faire, elle exerce des contrôles a priori sous forme de validation informatique et d'appréciation par des agents d'évaluation.

Au cours de l'exercice 1990-1991, la Direction du règlement des services professionnels a traité 75 millions de demandes de paiement provenant des dispensateurs de services assurés, dont 2,98 millions ont dû être évaluées manuellement par suite de leur rejet à l'étape de la validation. Les taux de rejets mensuels ont varié de 2,7 à 3,3 % pour la rémunération à l'acte alors qu'ils ont varié de 41 à 59 % pour la rémunération à salaire et à honoraires forfaitaires. Par ailleurs, 2,48 millions de demandes de paiement ont été annulées, refusées ou corrigées lors de l'évaluation manuelle.

Tableau 17

Nombre de demandes de paiement soumises par les dispensateurs de services assurés selon le mode de rémunération

	À l'acte	À la vacation (ou honoraires forfaitaires)[1]	À salaire (ou honoraires fixes)	Total
Médecins	44 523 085	73 992	35 792	44 632 869
Dentistes	2 244 321	1 742	1 570	2 247 633
Optométristes	2 151 979	S/O	S/O	2 151 979
Pharmaciens	25 968 492	S/O	S/O	25 968 492
Denturologistes	27 763	S/O	S/O	27 763
Total	**74 915 640**	**75 734**	**37 362**	**75 028 736**

1. Pour les dentistes, l'appellation *rémunération à la vacation* est la seule utilisée.

S/O : sans objet.

La Direction a aussi traité les demandes de remboursement provenant des 42 centres hospitaliers universitaires pour la rémunération des 1 945 résidents en médecine. Elle a en outre effectué le remboursement des montants relatifs aux mesures incitatives destinées aux médecins et aux dentistes. Ces mesures visent à favoriser l'établissement de professionnels de la santé dans les territoires insuffisamment pourvus. Le tableau 18 indique le nombre de remboursements effectués au cours du dernier exercice pour les six mesures incitatives.

À cela s'ajoutent les 6 998 demandes présentées par les médecins omnipraticiens et spécialistes pour obtenir le remboursement de la portion de leur prime d'assurance-responsabilité professionnelle qui est assumée par la Régie.

Tableau 18

Nombre de remboursements relatifs aux mesures incitatives

	Omnipraticiens	**Spécialistes**	**Dentistes**	**Total**
Frais de ressourcement	2 343	546	471	3 360
Frais de sorties	157	10	56	223
Primes d'éloignement	405	31	100	536
Frais de déménagement	95	3	48	146
Primes d'installation	216	109	0	325
Bourses de formation spécialisée	26	3	0	29
Total	**3 242**	**702**	**675**	**4 619**

La Direction du paiement et de la révision

La Direction du paiement et de la révision verse les montants autorisés relatifs aux demandes de paiement ou de remboursement en effectuant tous les contrôles pour tenir compte des dossiers de saisies, de faillites, de recouvrements de créances et de successions, et elle produit l'ensemble des rapports à transmettre à différents organismes.

Par ailleurs, près de 285 000 demandes de révision sont parvenues à la Régie et, sur ce nombre, 1 391 ont été soumises aux différents mécanismes de conciliation d'honoraires prévus par les ententes. En plus, 214 694 demandes de paiement ont été révisées consécutivement à des vérifications a posteriori et à l'entrée en vigueur rétroactive d'amendements aux ententes.

Tableau 19

Nombre de demandes de remboursement ou de paiement soumises par les bénéficiaires	
Services reçus au Québec	
Admissibles au régime n'ayant pas présenté leur carte d'assurance-maladie	20 688
Admissibles au régime ayant consulté un professionnel de la santé désengagé	13 827

Points saillants de l'année

Le programme Contribution et qualité de service

Dans le cadre des orientations énoncées par le président, la Direction générale des opérations a mis sur pied un programme destiné à stimuler et à orchestrer l'initiative du personnel de sorte que chaque employé contribue activement à accomplir les fonctions de contrôle, d'évaluation et de conseil de la Régie ainsi qu'à améliorer la qualité des services fournis aux diverses clientèles. La qualité des traitements a été retenue comme première préoccupation, le but étant d'arriver à régler adéquatement, dès le premier traitement, toutes les demandes de paiement. Dans chacune des directions se déroulent des activités qui visent, outre la qualité du règlement, des objectifs tels que l'amélioration de l'information aux dispensateurs et une réaction plus rapide en cas d'erreurs de facturation.

Les projets d'optimisation des traitements

La Direction générale des opérations a lancé au cours de l'année six projets majeurs qui concernent:

- l'amélioration des systèmes de paiement;
- le développement d'un nouveau mécanisme de recouvrement des coûts relatifs aux services rendus par des médecins dans le cadre des lois administrées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec;
- la modification des codes d'identification des médicaments en fonction des exigences du gouvernement fédéral;
- l'instauration d'un rapport d'activité à l'usage des professionnels rémunérés à salaire ou honoraires fixes et à honoraires forfaitaires;

- la refonte du système de traitement des demandes de paiement des professionnels rémunérés à salaire ou honoraires fixes;

- l'amélioration des mécanismes de correction.

En plus d'augmenter la qualité du traitement et d'en raccourcir les délais, tous ces projets se traduiront par des baisses importantes des coûts rattachés aux programmes concernés ou à leur administration.

Les améliorations administratives

Dans un double objectif d'efficience et de consolidation, plusieurs actions ont été entreprises ou menées à bien au cours de l'année. Ainsi, à la Direction du prétraitement des demandes de paiement, les systèmes informatiques de saisie de données ont été adaptés aux exigences de normes de qualité plus élevées. Les processus administratifs d'accréditation des agences de traitement des données ont été revus en fonction des besoins exprimés. Le réseau de télécommunication des demandes de paiement a été amélioré au point que les coûts de transmission pour les professionnels de la santé et les agences de traitement de données ont chuté de plus de 50 %.

Par ailleurs, la Direction du règlement des services professionnels a considérablement accru la productivité en ce qui concerne le traitement des demandes de paiement erronées. Pour ce faire, des améliorations importantes ont été apportées aux outils de travail, les procédures ont été révisées et une formation d'appoint a été offerte au personnel concerné. Le nombre de demandes de paiement erronées en attente de correction est ainsi passé de 713 000 à 418 000 au cours du dernier exercice.

Enfin, des études ont été entreprises dans le but de revoir l'organisation des postes de travail des agents d'évaluation et de révision, de façon à les doter d'outils mieux adaptés à la diversité et à la complexité de leurs tâches.

La Direction générale de l'administration

La Direction générale de l'administration est chargée d'élaborer des normes, des politiques et des procédures, ainsi que de fournir un soutien à l'ensemble de la Régie. Elle s'occupe des relations avec les organismes centraux pour tout ce qui touche les ressources humaines et matérielles, de même que la gestion financière. En matière de gestion des ressources informationnelles, elle est non seulement responsable des relations avec les organismes centraux, mais encore du développement, de l'entretien et de l'évolution des systèmes informatisés, de l'exploitation des ordinateurs centraux et de la gestion du parc informatique de la Régie. Elle contribue également à l'organisation du travail.

La Direction générale confie les activités qui lui permettent de remplir ce mandat à ses quatre composantes, soit la Direction du développement des systèmes, la Direction de la technologie et du traitement informatiques, la Direction des ressources financières et matérielles et la Direction de l'organisation et des ressources humaines.

La Direction du développement des systèmes

La Direction a pour rôle de soutenir l'organisation dans l'accomplissement de la mission de la Régie et de lui assurer les meilleures conditions possibles pour ce faire. À cette fin, elle élabore et tient à jour le plan directeur des systèmes d'information, s'emploie à la recherche et au développement de procédés novateurs et voit au développement des systèmes et traitements requis ainsi qu'à l'entretien de ceux qui sont en place.

La Direction de la technologie et du traitement informatiques

La Direction de la technologie et du traitement informatiques fournit les services de traitement informatique et de conservation des données et gère l'infrastructure matérielle et logicielle nécessaire pour répondre aux besoins des utilisateurs dans les domaines de l'informatique centralisée,

de la bureautique et de la micro-informatique. Elle assiste aussi les autres unités administratives dans la définition de leurs besoins en matière de produits informatiques et dans l'utilisation de ceux-ci. Enfin, elle coordonne la politique de relève informatique afin d'assurer un fonctionnement adéquat en situation d'urgence.

La Direction des ressources financières et matérielles

La Direction des ressources financières et matérielles a la responsabilité de la gestion des fonds nécessaires à l'administration de la Régie et au fonctionnement des programmes, de l'élaboration du cadre budgétaire, du budget directeur et de son suivi, de la préparation des états financiers, de la comptabilité et du recouvrement de sommes dues (au cours de 1990-1991, une somme de 3 734 880 $ a été recouvrée au titre de la tierce responsabilité pour un total de 1 699 réclamations). De plus, elle s'occupe de l'aménagement des locaux, de la gestion du siège de l'organisme, de la reprographie, de l'approvisionnement et du courrier.

La Direction de l'organisation et des ressources humaines

Cette direction fournit l'expertise, l'assistance ainsi que les services requis en gestion des ressources humaines, notamment dans les sphères d'activité suivantes: organisation et dotation, relations de travail et santé, développement des ressources humaines, développement organisationnel ainsi que gestion de projet. La Direction gère aussi le plan de développement des ressources humaines dont peuvent bénéficier les employés de la Régie, en plus d'assurer les services relatifs à la préparation, au contrôle et à la distribution de la paie. Enfin, il lui incombe de veiller à l'application de l'interdiction de fumer qui est en vigueur partout à la Régie sauf dans les fumoirs.

Points saillants de l'année

L'amélioration des postes de travail

Des investissements importants ont été faits au cours de l'année pour améliorer les postes de travail, en particulier ceux des deux directions chargées de l'informatique, cela en vue de la réalisation des projets de développement de la Régie dans ce domaine.

L'implantation de Productivité Plus

La Direction générale de l'administration a coordonné l'implantation, au sein de la Régie, de Productivité Plus, une méthodologie applicable à la gestion de projet.

La réévaluation des postes de gestion

Par suite de l'adoption d'un nouveau plan d'organisation, à l'automne de 1989, la Direction générale a procédé à la réévaluation de tous les postes de gestion et a terminé les aménagements de locaux visant à regrouper le personnel des différentes directions générales.

La Direction générale des affaires corporatives

La Direction générale des affaires corporatives conseille la Régie sur les questions juridiques, de même que sur les recommandations à faire aux autorités gouvernementales au sujet de la modification des programmes et agit, par délégation, à titre de porte-parole de la Régie. Elle assume la coordination des activités du Conseil d'administration, du Comité de régie interne et des autres comités et conseils prévus par la loi et les ententes, et elle se charge du travail de secrétariat que nécessite la tenue de leurs séances. Elle coordonne les relations qu'a la Régie avec les ministères et organismes du gouvernement du Québec pour élaborer et modifier les ententes et les programmes qu'elle administre. La Direction générale coordonne aussi l'application, à l'intérieur de la Régie, de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* ainsi que les activités relatives à la gestion et à la conservation des documents.

La Direction du contentieux

La Direction du contentieux représente la Régie devant les divers tribunaux ainsi que devant les conseils d'arbitrage et elle apporte sa contribution à l'élaboration, à la modification et à l'interprétation des lois, règlements, ententes et programmes touchant la Régie. Elle conseille également la Régie sur les questions qui ont une incidence juridique et sur les dossiers de nature litigieuse, et l'éclaire sur les problèmes d'applicabilité des amendements apportés aux ententes avec les professionnels de la santé.

La Direction représente la Régie devant la Commission des affaires sociales. Celle-ci est appelée à statuer sur les dossiers que présentent les professionnels de la santé qui s'estiment lésés à la suite d'une décision rendue par la Régie après étude de leur cas en comité de révision.

Tableau 20

Appels à la Commission des affaires sociales en 1990-1991

	À l'étude en 1989-1990	Présentés	Décisions	Favorables à la Régie	Favorables au professionnel de la santé	Désistements	À l'étude
Omnipraticiens	11	4	0	0	0	0	15
Spécialistes	3	1	1	1	0	1	2
Dentistes	1	0	0	0	0	0	1
Optométristes	1	2	0	0	0	1	2

La Direction du secrétariat et des programmes

La Direction du secrétariat et des programmes participe de façon constante aux négociations d'ententes et d'amendements avec les professionnels de la santé, aux négociations d'ententes en matière de sécurité sociale avec certains pays étrangers ainsi qu'à la préparation ou à la modification d'accords avec les professionnels de la santé et certains organismes, en fournissant un appui soutenu au ministère de la Santé et des Services sociaux et au ministère des Affaires internationales, respectivement responsables de ces négociations. C'est aussi avec son concours que sont élaborées les modifications réglementaires touchant les divers programmes.

Dans le cadre de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, la Régie a conclu, au cours de l'année, quelques ententes sur l'échange de renseignements avec différents organismes.

Par ailleurs, à titre de responsable désigné en vertu de la *Loi sur l'accès*, le secrétaire de la Régie a reçu 18 demandes d'accès à des renseignements nominatifs ou à des documents. Les décisions ont fait l'objet de quatre demandes de révision à la Commission d'accès à l'information.

Le système de gestion des documents vise à permettre à la Régie d'assumer adéquatement les obligations imposées par la *Loi sur l'accès* et la *Loi sur les archives*, tout en améliorant nettement l'efficacité de l'ensemble de ses activités reliées à la gestion documentaire.

Un inventaire des séries de documents détenus par l'organisme a été fait. Il a permis d'évaluer la situation en ce qui a trait aux documents produits sur papier ou conservés sur microfilms, aux documents élaborés à l'aide du traitement de texte ou de la micro-informatique et aux documents qui constituent les fichiers informatiques des systèmes traités par l'ordinateur central.

L'étude de leur classement ou de leur usage quotidien a livré un portrait des pratiques de gestion des documents qui ont cours dans les unités administratives et avec lesquelles on pourra composer, au cours de la prochaine année, pour compléter le plan de classification et le calendrier de conservation de l'information gérée par la Régie et procéder aux phases préliminaires d'implantation d'un système de gestion documentaire.

Points saillants de l'année

Le projet de loi 120 : *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*

Dans le cadre de la réforme annoncée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, la Direction générale des affaires corporatives a été appelée, pour les dossiers relevant de la responsabilité de la Régie, à coordonner l'analyse des besoins et l'appréciation des solutions qui pouvaient être mises en oeuvre en vue de donner suite aux nouvelles orientations gouvernementales. Elle a également contribué à l'élaboration des projets d'amendement visant à modifier la *Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec* et la *Loi sur l'assurance-maladie du Québec*.

Appels de bénéficiaires devant la Commission des affaires sociales

La Direction générale a eu à traiter des dossiers d'appel à la Commission des affaires sociales provenant de personnes qui s'estiment lésées par une décision administrative de la Régie. Il s'agit d'un nouveau champ de responsabilité inscrit à la *Loi sur l'assurance-maladie* en juin 1989 par suite de l'adoption du projet de loi 139. À ce jour, 88 dossiers ont été présentés et 5 décisions ont été rendues, toutes favorables à la Régie.

La performance

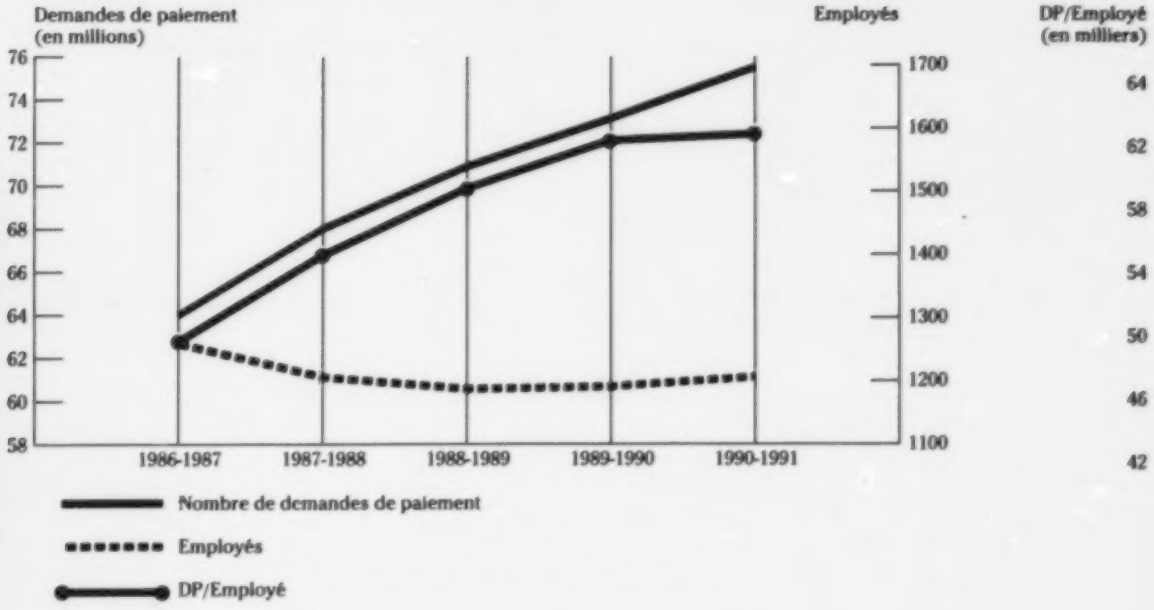
Pour remplir son mandat, la Régie a maintenu des objectifs de performance portant, entre autres, sur la gestion de ses ressources humaines, informationnelles, matérielles et financières.

En 1990-1991, dans la poursuite de ses objectifs d'efficacité et d'efficience, et tout en cherchant à améliorer ses services à la clientèle, la Régie a consacré des efforts particuliers à l'implantation d'une méthodologie visant à faciliter la gestion de projet, à la révision des nombreux systèmes informatiques et à l'acquisition d'équipements de micro-informatique plus performants.

Depuis 1986-1987, le nombre de demandes de paiement et de remboursement traitées par employé a progressé sans cesse, démontrant une productivité accrue en moyenne de 5,7 % annuellement. Durant cette même période, les frais d'administration par demande de paiment sont demeurés inférieurs à un dollar.

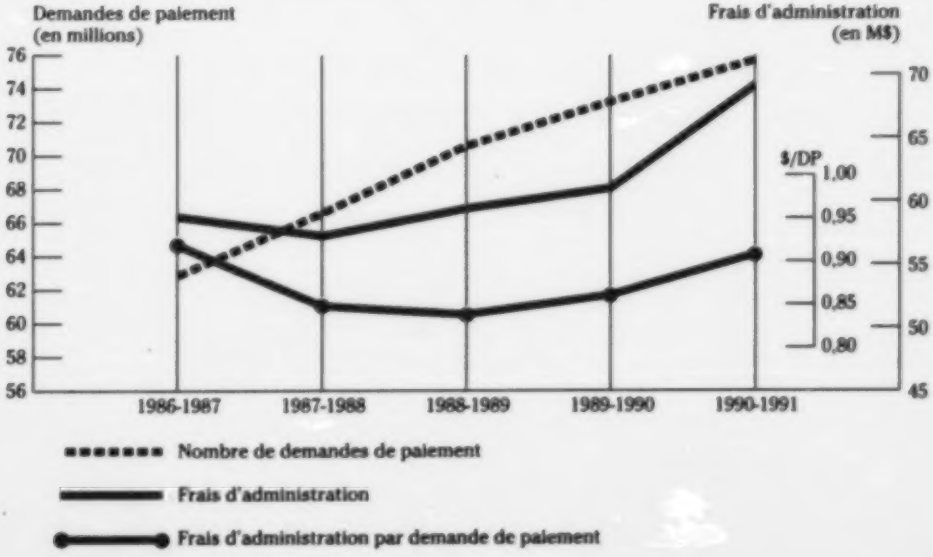
Graphique 11

Demandes de paiement traitées



Graphique 12

Frais d'administration par demande de paiement



Annexe 1

Description sommaire des programmes

A- Programmes administrés par la Régie en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*

Programmes	Entrée en vigueur	Sources de financement
Services médicaux	1er novembre 1970	Fonds des services de santé
– déterminés par la loi – pour tous les bénéficiaires		
– pour les victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle	1er février 1986	Commission de la santé et de la sécurité du travail
Services optométriques	1er novembre 1970	Fonds des services de santé
– déterminés par règlement – pour tous les bénéficiaires, sauf examen d'orthoptique pour les 16 ans ou moins		M.M.S.R.F.P.[1] pour les P.S.R.[2]
Services de chirurgie buccale	1er novembre 1970	Fonds des services de santé
– déterminés par règlement – pour tous les bénéficiaires		M.M.S.R.F.P. pour les P.S.R.
Services dentaires		
– déterminés par règlement		
– pour les enfants	1er mai 1974	Fonds des services de santé
– pour les prestataires de la sécurité du revenu	9 avril 1979	M.M.S.R.F.P.
Médicaments et services pharmaceutiques		
– déterminés par règlement		
– inscrits sur la liste de médicaments		
– pour les prestataires de la sécurité du revenu	1er août 1972	M.M.S.R.F.P.
– pour les personnes de 60 à 64 ans qui bénéficient d'une allocation de conjoint sans laquelle elles auraient droit à des prestations en vertu d'un programme d'aide de dernier recours conformément à la *Loi sur la sécurité du revenu*	1er octobre 1975	Fonds des services de santé
– pour les 65 ans ou plus	1er octobre 1977	Fonds des services de santé
– pour les personnes de 60 à 64 ans dont le conjoint est décédé et qui bénéficient du programme de sécurité de la vieillesse	1er octobre 1985	Fonds des services de santé
Prothèses, appareils orthopédiques, dispositifs, fauteuils roulants ou autres équipements	1er juillet 1975	Fonds des services de santé M.M.S.R.F.P. pour les P.S.R.
– déterminés par règlement – pour les personnes handicapées		

1. Ministère de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle.
2. Prestataires de la sécurité du revenu.

A- Programmes administrés par la Régie en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie* (suite)

Programmes	Entrée en vigueur	Sources de financement
Aides visuelles		
– déterminées par règlement		
– pour les handicapés visuels		
• de moins de 36 ans	1er décembre 1978	Fonds des services de santé
• de 36 ans ou plus et ayant déjà une aide prêtée	23 septembre 1981	M.M.S.R.F.P. pour les P.S.R.
• de 36 ans ou plus, étudiant ou travaillant et n'ayant jamais eu d'aide prêtée	8 septembre 1984	
Aides auditives		
– déterminées par règlement	22 août 1979	Fonds des services de santé
– pour les handicapés auditifs		
• de moins de 18 ans, affectés d'une déficience d'au moins 25 décibels		M.M.S.R.F.P. pour les P.S.R.
• de moins de 36 ans, affectés d'une déficience d'au moins 25 décibels et étudiant au post-secondaire ou à l'enseignement aux adultes		
• de moins de 36 ans, affectés d'une déficience d'au moins 35 décibels		
• dont la Régie a déjà supporté le coût des services alors qu'ils avaient moins de 36 ans		
Bourses de recherche	10 septembre 1975	Fonds des services de santé
– déterminées par règlement		
– pour des personnes qui désirent faire de la recherche au Québec dans une science de la santé		
Bourses d'études	11 juin 1975	Fonds des services de santé
– déterminées par règlement		
– pour des étudiants en médecine		
– en échange de services futurs dans des territoires où il y a pénurie de médecins		
– pour les résidents en médecine familiale	20 novembre 1985	

B- Programmes administrés par la Régie en vertu de l'article 2 de la *Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec*

Programmes	Entrée en vigueur	Sources de financement	Décrets et accords
Prothèses mammaires externes pour les femmes ayant subi une mastectomie totale ou radicale	1er janvier 1978	Fonds des services de santé	Accord M.S.S.S.[1]-R.A.M.Q. AC-4413-77 AC-3326-79
Services hospitaliers rendus hors du Québec	29 janvier 1976	M.S.S.S.	Accord M.S.S.S.-R.A.M.Q. AC-4835-75
Prothèses oculaires pour les bénéficiaires ayant subi une énucléation, une éviscération ou un recouvrement conjonctival permanent	1er avril 1981	Fonds des services de santé	Accord M.S.S.S.-R.A.M.Q. Décret 778-81
Appareils fournis aux stomisés permanents – remboursement d'un montant compensatoire annuel de 300 $ à tous les bénéficiaires – remboursement de l'excédent de ce montant compensatoire aux prestataires de la sécurité du revenu	1er avril 1981	Fonds des services de santé M.M.S.R.F.P.[2]	Accord M.S.S.S.-R.A.M.Q. Décret 780-81
Services hospitaliers fournis dans une province à des malades hospitalisés ou externes domiciliés dans une autre province	1er octobre 1981	Recouvrements de la province où se trouve le domicile	Accord M.S.S.S.-R.A.M.Q. Décret 2240-82 Décret 1405-87
Prothèses dentaires pour les prestataires de la sécurité du revenu	9 avril 1979	M.M.S.R.F.P.	Accord M.M.S.R.-R.A.M.Q. AC-3112-79
Aides pour les handicapés auditifs de plus de 36 ans et qui sont des prestataires de la sécurité du revenu	2 juillet 1980	M.M.S.R.F.P.	Accord M.M.S.R.-R.A.M.Q. Décret 1751-80
Rémunération des résidents en médecine	3 septembre 1978	M.S.S.S.	Accord M.S.S.S.-R.A.M.Q. Décret 2000-78 Décret 1263-82 Décret 1146-87
Patients d'exception atteints de maladies graves ou chroniques auxquels sont fournis des médicaments non inscrits sur la liste	1er janvier 1983	M.S.S.S.	Accord M.S.S.S.-R.A.M.Q. Décret 691-83 Décret 2678-83
Paiement de certains traitements de physiothérapie (réadaptation physique) donnés en clinique	1er septembre 1988	Fonds des services de santé	Accord M.S.S.S.-R.A.M.Q. Décret 1053-90

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
2. Ministère de la Main-d'oeuvre, de la Sécurité du revenu et de la Formation professionnelle.

B- Programmes administrés par la Régie en vertu de l'article 2 de la *Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec* (suite)

Programmes	Entrée en vigueur	Sources de financement	Décrets et accords
Services assurés pour les ressortissants étrangers ayant conclu un accord avec la Régie et versé une prime	1er novembre 1976	Primes payées par les ressortissants étrangers	Accord M.S.S.S.-R.A.M.Q. AC-3770-76 Décret 3221-80 Décret 1786-82 Décret 2547-82 Décret 608-83
Rémunération de certains services professionnels fournis par un médecin et couverts par la *Loi sur la sécurité du revenu* (1988, chapitre 51) - «Soutien financier»	1er mai 1989	M.M.S.R.F.P.	Accord M.M.S.R.F.P.-R.A.M.Q. Décret 435-91
Rémunération du médecin pour le prélèvement sanguin et la rédaction du certificat prévus au Code criminel	1er septembre 1990	Fonds des services de santé	Accord M.S.P.[1]-R.A.M.Q. Décret 144-91

La Régie administre aussi des programmes qui n'ont pas trait à une couverture de services

Services rendus par les membres des comités d'évaluation des victimes d'immunisation ou par des experts que ces comités consultent	17 août 1988	M.S.S.S.	Accord M.S.S.S.-R.A.M.Q. Décret 1230-88
Tierce responsabilité visée par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*	29 octobre 1975	Recouvrements des tiers responsables	Accord M.S.S.S.-R.A.M.Q. AC-4836-75 Décret 3220-80 Décret 2547-82 Décret 609-83
Rémunération des pharmaciens, dans le cadre d'un mécanisme de surveillance et de suivi de la consommation de médicaments chez certains prestataires de la sécurité du revenu	1er février 1990	M.S.S.S.	Accord M.S.S.S.-A.Q.P.P.[2]
Versement de primes d'installation et de bourses de formation spécialisée	1er avril 1990 Décret 691-90	M.S.S.S.	Accord M.S.S.S.-R.A.M.Q.
Rémunération des médecins de la Corporation d'Urgences-santé du Montréal métropolitain assignés à témoigner	1er mai 1990	M.S.S.S.	Accord M.S.S.S.-R.A.M.Q.

1. Ministère de la Sécurité publique.
2. Association québécoise des pharmaciens propriétaires.

Les services médicaux

Le programme de services médicaux s'adresse à tous les résidents du Québec. Il comprend les services préventifs, diagnostiques, curatifs et de réadaptation rendus par les médecins à leur cabinet, à domicile ou dans les établissements et ceux qui sont rendus par les médecins dans le cadre des lois administrées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

Les services optométriques

Le programme de services optométriques est accessible à tous les résidents du Québec. Il couvre les examens de la vision, les examens spécifiques (l'orthoptique étant réservée aux moins de 16 ans), les recommandations faites aux bénéficiaires et la prescription d'un traitement, s'il y a lieu.

Les services dentaires

Les services dentaires se répartissent comme suit:

Un *programme de chirurgie buccale* qui s'adresse à tous les résidents du Québec; les services doivent être donnés dans un établissement hospitalier universitaire ou dans un centre hospitalier par un dentiste, spécialiste ou non;

Un *programme de services dentaires* pour les jeunes de moins de 16 ans et pour les personnes de tout âge qui sont des prestataires de la sécurité du revenu depuis au moins six mois; les services doivent être donnés par un dentiste, spécialiste ou non;

Un *programme de prothèses dentaires* pour les personnes qui sont des prestataires de la sécurité du revenu depuis au moins six mois; les services peuvent être donnés soit par un dentiste, spécialiste ou non, soit par un denturologiste.

Les services dentaires

Programmes	Bénéficiaires	Services assurés
Chirurgie buccale[1]	Tous	Examens, consultations, radiographies, ouverture d'urgence de la chambre pulpaire, chirurgie sauf l'ablation de dents et de racines.
Services dentaires pour les enfants	0-11 ans	Examens, consultations, radiographies, obturations, couronnes, traitement de la pulpe, traitement de canal sur dent permanente, chirurgie, y compris l'ablation de dents et de racines.
	12 ans	Les mêmes que ci-dessus plus enseignement des mesures d'hygiène buccale, nettoyage des dents, application topique de fluorure.
	13-15 ans	Examens, consultations, radiographies, enseignement des mesures d'hygiène buccale, nettoyage des dents, application topique de fluorure, chirurgie sauf l'ablation de dents et de racines.
Services dentaires pour les prestataires de la sécurité du revenu[2]	Tous	Mêmes services que pour les enfants de 12 ans ou moins, sauf le traitement de canal sur dent permanente et l'application topique de fluorure à moins qu'ils y aient droit en vertu du programme de services dentaires pour les enfants. Le détartrage pour les 16 ans ou plus.
Prothèses dentaires pour les prestataires de la sécurité du revenu[2]	Tous	Une prothèse complète ou partielle par maxillaire tous les cinq ans. Réparation, regarnissage et remplacement des prothèses à certaines conditions.

1. Dans les centres hospitaliers ou dans les établissements hospitaliers universitaires.
2. À condition d'en être un depuis **six mois**.

Les médicaments et les services pharmaceutiques

Le programme de médicaments et de services pharmaceutiques s'adresse aux prestataires de la sécurité du revenu, à toutes les personnes âgées de 65 ans ou plus et aux personnes de 60 à 64 ans qui reçoivent l'allocation de conjoint en vertu de la *Loi sur la sécurité de la vieillesse* et qui, sans cette allocation, auraient droit à des prestations en vertu d'un programme d'aide de dernier recours conformément à la *Loi sur la sécurité du revenu*. Il s'adresse également à toutes les personnes de 60 à 64 ans dont le conjoint est décédé et qui bénéficient du programme de sécurité de la vieillesse. Il couvre les médicaments et les services fournis par un pharmacien, sur ordonnance d'un médecin ou d'un dentiste, pourvu que ces médicaments soient inscrits sur une liste dressée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, sur la recommandation du Conseil consultatif de pharmacologie.

Par ailleurs, une procédure, dite *du médicament d'exception*, permet à des bénéficiaires d'obtenir, si le prescripteur en fait la demande à la Régie, certains médicaments utilisés à des fins thérapeutiques particulières et déterminés par règlement.

Un autre programme, dit *des patients d'exception* et administré par la Régie pour le compte du ministère de la Santé et des Services sociaux, vise à fournir des médicaments qui ne sont pas inscrits sur la liste lorsque la gravité et la chronicité de la maladie, ainsi que le coût du traitement, imposent au bénéficiaire un fardeau financier difficilement acceptable et risquent d'entraîner son hospitalisation.

Les prothèses, appareils orthopédiques, dispositifs, fauteuils roulants ou autres équipements

Le programme de prothèses, appareils orthopédiques, dispositifs, fauteuils roulants ou autres équipements s'adresse aux personnes handicapées physiquement. Il couvre l'achat, l'ajustement, le remplacement et la réparation des prothèses, des appareils orthopédiques et des accessoires fonctionnels déterminés par règlement et qui sont fournis aux conditions prescrites.

Les aides visuelles

Le programme d'aides visuelles s'adresse, à certaines conditions, aux handicapés visuels qui ont l'âge déterminé par règlement et à ceux qui ont besoin de ces aides pour travailler ou étudier. Il couvre l'achat, l'ajustement, le remplacement et la réparation des aides à la lecture, à l'écriture et à la mobilité qui sont inscrites sur la liste des aides assurées.

Les aides auditives

Le programme d'aides auditives s'adresse, à certaines conditions, aux handicapés auditifs qui ont l'âge déterminé par règlement ainsi qu'aux prestataires de la sécurité du revenu. Il couvre l'achat, l'ajustement, le remplacement et la réparation des appareils auditifs qui figurent sur la liste des aides auditives assurées. Les services professionnels relatifs à l'acquisition d'une aide sont également pris en charge dans le cadre du programme, au tarif déterminé par règlement.

Les prothèses mammaires externes

Le programme de prothèses mammaires externes s'adresse à toutes les femmes qui ont subi une mastectomie totale ou radicale. Il prévoit le remboursement d'une partie des frais d'achat de deux prothèses mammaires externes par sein, par période de deux ans, jusqu'à concurrence de 50 $ par prothèse.

Les prothèses oculaires

Le programme de prothèses oculaires s'adresse à toutes les personnes qui ont subi une énucléation, une éviscération ou un recouvrement conjonctival permanent. Il consiste en une allocation couvrant en partie l'achat et l'ajustement d'une prothèse oculaire par oeil par période de cinq ans, ainsi qu'une allocation annuelle pour réparation ou entretien.

Les appareils fournis aux stomisés permanents

Le programme d'appareils fournis aux stomisés permanents est destiné à toute personne qui a subi une colostomie, une iléostomie ou une urostomie permanentes. Il consiste en une allocation couvrant une partie des frais d'acquisition d'appareils et d'accessoires. Ces frais sont payés en totalité pour les prestataires de la sécurité du revenu.

Les bourses d'études et de recherche

En vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*, le ministre de la Santé et des Services sociaux peut accorder à des étudiants en médecine des bourses d'études payées par la Régie selon les modalités fixées dans le *Règlement d'application*. En échange, les boursiers acceptent de fournir des services assurés dans des territoires et pour une période fixés par le ministre. Par ailleurs, un programme de bourses de recherche est administré par le Fonds de la recherche en santé du Québec, dans lequel la Régie transfère chaque année une somme pouvant représenter jusqu'à 0,4 % du total des montants versés aux professionnels de la santé à titre de rémunération pendant l'exercice financier précédent.

Les services hospitaliers reçus hors du Québec

Les services hospitaliers reçus hors du Québec mais au Canada sont couverts en entier conformément aux ententes interprovinciales. Les services hospitaliers reçus hors du Canada sont pris en charge uniquement et en partie seulement s'ils découlent d'une maladie subite ou d'une situation d'urgence.

Par contre, la Régie de l'assurance-maladie du Québec paie en entier l'hospitalisation hors du Canada des personnes dont l'état de santé nécessite des services médicaux qui ne sont pas disponibles au Québec. Ces personnes doivent au préalable obtenir l'autorisation de la Régie.

Les services hospitaliers reçus au Québec par des résidents des autres provinces

Le programme de services hospitaliers reçus au Québec par des résidents des autres provinces et des territoires prévoit le paiement par la Régie des services couverts par l'assurance-hospitalisation et fournis dans les établissements du Québec à des personnes domiciliées dans d'autres provinces ou dans les territoires du Canada; en retour, ceux-ci prennent en charge les services fournis à des Québécois dans leurs établissements. La province où les services sont fournis récupère de la province d'origine du patient les sommes que lui ont coûté ces services.

Annexe 2

L'admissibilité au régime

Selon les dispositions de la *Loi sur l'assurance-maladie*, est bénéficiaire du régime d'assurance-maladie toute personne domiciliée au Québec lorsque la loi l'autorise à être ou à rester au Canada et qu'elle demeure au Québec et y est ordinairement présente (sauf si elle est un touriste, si elle est de passage au Québec ou y est un visiteur) et qui, en outre, est dûment inscrite à la Régie. Lorsqu'une personne est déclarée admissible, la Régie lui délivre une carte d'assurance-maladie valide pour quatre ans et la renouvelle sans frais à son expiration si la personne demeure admissible.

D'autre part, sont admissibles au régime d'assurance-maladie les ressortissants étrangers et les personnes à leur charge qui:

- Séjournent au Québec dans le cadre d'un programme d'échanges agréé par le gouvernement du Québec et un gouvernement étranger ou en vertu d'une entente conclue entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et le ministre des Affaires internationales;

- Sont titulaires d'un certificat d'acceptation délivré par la ministre des Communautés culturelles et de l'Immigration et qui séjournent au Québec soit temporairement pour y travailler, soit en vertu d'un programme officiel de bourses d'études ou de stages du ministère de l'Éducation ou du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science;

- Sont au service d'un gouvernement autre que celui du Canada ou du Québec ou au service d'un organisme relevant d'un gouvernement étranger et reconnu par le ministre de la Santé et des Services sociaux à la condition qu'ils travaillent au Québec et qu'ils aient signé un accord avec le ministre. Ils paient alors les primes individuelles ou familiales fixées par le gouvernement.

Les ressortissants étrangers inscrits à la Régie en vertu des dispositions précédentes reçoivent une carte d'assurance-maladie pour la durée de leur admissibilité au régime.

Une personne cesse d'être admissible au régime lorsqu'elle:

- Quitte le Québec pour s'établir dans un autre pays et ce, à compter de la date de son départ;

- Quitte le Québec pour s'établir dans une autre province et ce, à compter du premier jour du troisième mois suivant le mois d'arrivée dans cette province;

- A une résidence à l'extérieur du Québec, à moins de démontrer qu'elle demeure au Québec et y est ordinairement présente pendant au moins 183 jours par année;

- Séjourne hors du Québec pendant plus de 12 mois et ce, à compter du dernier jour du douzième mois suivant la date de son départ du Québec sauf s'il s'agit d'un étudiant inscrit dans un établissement reconnu, d'un stagiaire en recherche non rémunéré, d'un fonctionnaire du gouvernement du Québec en poste à l'extérieur du Québec ou d'une personne employée par un organisme sans but lucratif ayant son siège au Canada et travaillant à l'étranger dans le cadre d'un programme d'aide ou de coopération internationale reconnu par le ministre de la Santé et des Services sociaux;

- Séjourne hors du Québec et s'y établit avant la fin du douzième mois qui suit la date de son départ du Québec.

Depuis juin 1989, toute personne qui est admissible au régime ou à un programme administré par la Régie de l'assurance-maladie du Québec et se croit lésée par une décision rendue par la Régie,

peut en demander la révision. Une personne que la Régie refuse de considérer comme un bénéficiaire peut également demander la révision de cette décision dans les six mois qui suivent le moment où elle en est informée.

Annexe 3

Les ententes avec les professionnels de la santé

Le ministre de la Santé et des Services sociaux, avec l'approbation du gouvernement, conclut des ententes avec les différentes fédérations et associations de professionnels de la santé, soit: la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, la Fédération des médecins spécialistes du Québec, l'Association des chirurgiens dentistes du Québec, l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec, l'Association des optométristes du Québec, l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires, ainsi que la Fédération des médecins résidents et des internes du Québec. Ces ententes fixent le cadre normatif de l'exercice des professions de santé au regard du régime, de même que les dispositions relatives à la rémunération des praticiens. La Régie est liée par ces ententes et doit veiller à leur application.

Le statut des professionnels de la santé

Selon la *Loi sur l'assurance-maladie*, les praticiens peuvent choisir l'un des trois statuts suivants: professionnel de la santé soumis à une entente, désengagé (sauf les pharmaciens) ou non participant.

Le professionnel de la santé soumis à une entente exerce dans le cadre du régime et il est rémunéré par la Régie au tarif fixé par l'entente.

Le professionnel de la santé désengagé exerce hors du cadre du régime, mais accepte d'être rémunéré au tarif fixé par l'entente. Ses patients se font verser le montant des honoraires par la Régie et le paient ensuite.

Le professionnel de la santé non participant exerce hors du cadre du régime. Il fixe lui-même ses honoraires, qui sont entièrement à la charge du patient, celui-ci ne pouvant obtenir de remboursement de la Régie.

Les modes de rémunération

Divers modes de rémunération des professionnels sont en vigueur dans les ententes actuelles: la rémunération à l'acte, à salaire ou honoraires fixes, à la vacation, à l'unité et les honoraires forfaitaires.

La rémunération à l'acte est largement utilisée dans le cas des services médicaux et dentaires et constitue le seul mode de rémunération des services optométriques et des services pharmaceutiques. Il est à noter que dans le cas des pharmaciens, la rémunération couvre à la fois le coût du médicament et celui des services professionnels.

Quant à la vacation, elle est principalement destinée aux médecins omnipraticiens et aux dentistes qui exercent dans le cadre des programmes de santé communautaire, aux anesthésistes exerçant en région éloignée ainsi qu'aux omnipraticiens lorsqu'ils fournissent des services dans certaines circonstances particulières, par exemple à l'intérieur du système de visites d'urgence hors des établissements dans la région du Montréal métropolitain, dans certains centres d'accueil d'hébergement, dans certains centres hospitaliers où sont dispensés des soins psychiatriques, etc. En fait, la vacation consiste en une période de travail de trois heures, payée selon le tarif négocié.

Le salariat, appelé aussi *honoraires fixes*, s'applique aux médecins et aux dentistes occupant un poste à temps plein (35 heures par semaine) ou à demi-temps (17 heures et demie par semaine) dans un établissement où ce type de rémunération est en vigueur, comme les centres locaux de services communautaires, les départements de santé communautaire et plusieurs départements de psychiatrie. Les services que rendent les résidents en médecine en établissement hospitalier dans le cadre de leur formation sont aussi rémunérés par un salaire.

La rémunération à l'unité s'applique à certains services offerts en milieu hospitalier, telles les analyses de laboratoire.

Le *per diem*, la demi-journée et le tarif horaire constituent les trois modes de tarification des honoraires forfaitaires.

Le *per diem* sert de base pour établir les tarifs d'honoraires des médecins exerçant une spécialité dans un département clinique d'un établissement hospitalier désigné par le ministre. Les tarifs d'honoraires des spécialistes en santé communautaire attachés à un D.S.C. peuvent aussi être fondés sur ce forfait journalier. Le *per diem* correspond à au moins sept heures de travail, effectuées en deux tranches d'une demi-journée, en semaine sauf les jours fériés.

La tarification d'honoraires à la demi-journée est applicable aux médecins spécialistes travaillant en santé communautaire et attachés à un D.S.C. pour leurs assignations d'appoint dans un autre département. Cette tarification est basée sur une tranche de trois heures et demie de travail continu. Un seul forfait d'une demi-journée est payable dans une journée et pas plus de sept, dans une semaine.

Enfin, la tarification horaire des honoraires est facultativement employée pour certaines prestations fournies par des spécialistes. Ce sont les suivantes: la clinique ou le laboratoire dans un établissement hospitalier désigné par le ministre ou dans un établissement pour malades mentaux, l'exercice de la psychiatrie dans un service hospitalier de psychiatrie, l'exercice de la pneumophtisiologie dans un centre de traitement des malades pulmonaires chroniques, la clinique dans certaines unités de soins ou cliniques de médecine organisées pour la prise en charge de malades dont l'état est exceptionnel, l'exercice d'une spécialité médicale dans un C.L.S.C., un centre d'accueil ou un établissement hospitalier de soins de longue durée ainsi que les prestations que fournit un médecin spécialiste en santé communautaire ou un médecin spécialiste conseil attaché à un D.S.C. Cette tarification est établie sur une tranche horaire de travail continu, effectuée en semaine.

La rémunération différenciée et les autres mesures incitatives

Pour remédier au problème de l'insuffisance de médecins dans les régions éloignées et isolées du Québec, le ministre de la Santé et des Services sociaux, par un arrêté ministériel publié à la *Gazette officielle*, désigne, après consultation des organismes représentant les professionnels de la santé, les territoires qu'il estime insuffisamment pourvus. Dans le but de mieux répartir les professionnels de la santé sur l'ensemble du territoire du Québec, un système de rémunération différenciée est mis en place. Les honoraires payés aux médecins sont augmentés ou réduits pour une période donnée en fonction du territoire, du lieu d'exercice et du type d'activité professionnelle.

C'est ainsi que la rémunération des omnipraticiens et des spécialistes qui s'installent dans les territoires où il y a pénurie de médecins a été fixée respectivement à 115 % et à 120 % de la rémunération de base prévue dans les ententes. Par contre, les nouveaux omnipraticiens ou spécialistes qui s'installent dans des régions déjà bien pourvues touchent 70 % de la rémunération de base pour les trois premières années d'exercice de leur profession.

Par ailleurs, d'autres mesures incitatives ont été introduites dans les ententes. Elles consistent dans le versement de primes d'éloignement ou d'isolement et le remboursement de frais de déménagement, de ressourcement et de sorties. Notons enfin l'instauration d'un nouveau programme de primes d'installation et de bourses de formation spécialisée à l'intention des médecins omnipraticiens et des médecins spécialistes.

Annexe 4

Les mécanismes de contrôle

L'administration des programmes du régime d'assurance-maladie et de ceux qui sont confiés à la Régie par d'autres ministères ou organismes nécessite un ensemble de mécanismes de contrôle portant sur l'admissibilité des bénéficiaires, sur la conformité des honoraires demandés avec les services dispensés et sur l'authenticité, la fréquence ou la pertinence des services payés par la Régie.

Au cours du processus de traitement des demandes de paiement, diverses validations sont effectuées afin de vérifier la conformité des données avec les exigences de la loi, des règlements, des ententes et des accords. Elles ont trait notamment aux bénéficiaires, aux dispensateurs de services assurés, aux services eux-mêmes et aux honoraires demandés. Elles consistent essentiellement en la traduction, dans les systèmes informatiques, des diverses dispositions de la loi, des règlements, des ententes et des accords, et elles permettent de s'assurer entre autres que:

- Les bénéficiaires sont admissibles;
- Les dispensateurs de services ont le droit d'être rémunérés;
- Les services dont le paiement est demandé sont assurés;
- Les honoraires demandés correspondent aux tarifs et aux règles d'application afférentes;
- Les services n'ont pas déjà été payés (double facturation);
- Les honoraires n'ont pas été payés plus d'une fois pour le même service à des professionnels de la santé différents;
- Les services ne sont pas inclus dans d'autres services dont le paiement a déjà été demandé ou qui ont déjà été payés.

Ces validations peuvent donner lieu à des annulations, ou à des refus de paiement, ou encore à des rectifications des honoraires demandés ou déjà payés.

Les mécanismes de contrôle qui entrent en jeu après le paiement complètent la vérification de la conformité des services rendus avec les honoraires demandés et permettent, en plus, de s'assurer de leur authenticité et d'en apprécier la fréquence ou la pertinence.

Selon les résultats obtenus, diverses mesures peuvent être prises en fonction du type d'irrégularité.

L'admissibilité des bénéficiaires

On vérifie l'admissibilité:

- Lorsqu'il y a un doute sur l'admissibilité de la personne qui s'inscrit;
- Au cours du processus de traitement des demandes de paiement présentées par les professionnels de la santé et par les autres dispensateurs de services assurés;
- Lorsque le bénéficiaire demande le remboursement du coût des services assurés qu'il a reçus au Québec ou hors du Québec;
- Pour s'assurer que les bénéficiaires ont conservé leur statut de personnes domiciliées au Québec.

Lorsqu'une personne est déclarée non admissible et que la Régie a fait des paiements pour elle au cours de la période où elle n'était pas admissible, on effectue une étude du dossier en vue de recouvrer de cette personne les sommes dues. La Régie peut également intenter des poursuites judiciaires contre les personnes qui ont obtenu ou reçu sciemment le bénéfice de services auxquels elles n'avaient pas droit.

La conformité

La conformité est l'adéquation entre les honoraires demandés et la nature des services dispensés. Le contrôle consiste en des analyses de profils de facturation qui peuvent être complétées soit par des entrevues avec les bénéficiaires ou les dispensateurs de services assurés dont le dossier est étudié, soit par des enquêtes. S'il est prouvé que les honoraires demandés ne correspondent pas aux services fournis, la Régie procède à des rectifications d'honoraires par compensation ou autrement s'ils ont été payés, ou elle refuse de les payer.

Les praticiens peuvent formuler un grief, qui est tranché par le Conseil d'arbitrage.

La Régie peut également intenter des poursuites judiciaires, soit sommaires, soit criminelles.

L'authenticité

La vérification de l'authenticité consiste à s'assurer auprès des bénéficiaires que les services dont un professionnel de la santé ou un autre dispensateur de services assurés demande le paiement ou qui lui ont été payés ont réellement été rendus.

La Régie procède par sondages auprès de la clientèle et aussi par vérification des plaintes dont elle peut être saisie. En cas de déclaration de services non reçus, un nouveau sondage est fait auprès d'autres clients de ce professionnel de la santé ou de cet autre dispensateur de services assurés et une recherche plus poussée peut mener à une entrevue avec celui-ci ou à une enquête; les deux sont parfois nécessaires.

Si, après enquête, la Régie conclut notamment que les services payés n'ont pas été rendus, qu'ils ont été faussement décrits ou que le professionnel de la santé ne les a pas fournis lui-même, elle peut recouvrer les sommes payées en trop, par compensation ou autrement. Il appartient alors au praticien de prouver devant le tribunal compétent que la décision de la Régie est non fondée. Des poursuites judiciaires peuvent être intentées. Dans la majorité des cas, elles le sont en vertu de la *Loi sur les poursuites sommaires*, et les amendes sont versées au Fonds consolidé du Revenu; les autres poursuites sont intentées en vertu du Code criminel. Dans ce dernier cas, si le professionnel de la santé plaide coupable ou est reconnu coupable de l'accusation portée contre lui, la Régie doit, dès que le jugement définitif est prononcé, émettre une ordonnance écrite aux termes de laquelle ce praticien est considéré comme non participant au régime pour une période de 6 mois s'il s'agit d'une première infraction ou de 12 mois s'il s'agit d'une nouvelle infraction.

Les dispensateurs de services assurés autres que les professionnels de la santé peuvent faire l'objet de recouvrements des sommes payées en trop ou de poursuites en justice. La Régie peut également mettre fin à l'accord qu'elle a conclu avec des dispensateurs de services assurés.

La fréquence ou la pertinence

Le contrôle de la fréquence ou de la pertinence permet de s'assurer que les services fournis aux bénéficiaires étaient requis du point de vue de la médecine, de l'optométrie, de l'art dentaire ou de la pharmacie selon le cas et que, par conséquent, ils n'ont pas été fournis plus fréquemment que nécessaire ou dispensés de façon abusive.

Pour ce faire, la Régie constitue des profils individuels de pratique à partir des données de facturation. Ces profils comportent, entre autres, les éléments suivants:

- Le coût total des services rendus;
- Le coût moyen par bénéficiaire;
- Le nombre moyen d'actes par bénéficiaire;
- La fréquence de certains actes spécifiques;
- Le coût moyen des actes;
- La répartition des bénéficiaires selon le sexe et l'âge.

Le profil de chaque professionnel de la santé est comparé au profil du groupe auquel il appartient, ce qui permet de l'évaluer par rapport à celui de ses confrères exerçant dans des conditions semblables.

Mécanismes de contrôle

Aspect	But	Forme	Mesure	Recours des professionnels de la santé
Conformité	Adéquation entre les honoraires demandés et les services dispensés	– Profils de facturation – Entrevues avec • les bénéficiaires • les dispensateurs de services assurés ou enquêtes auprès d'eux – Études de situations	– Recouvrement des honoraires payés – Refus de payer – Messages – Poursuites en justice	Griefs
Authenticité	Confirmation de la prestation des services	– Sondages – Entrevues avec • les bénéficiaires • les dispensateurs de services assurés ou enquêtes auprès d'eux – Études de situations	– Recouvrement des honoraires payés – Refus de payer – Poursuites en justice	Griefs ou recours devant le tribunal compétent
Fréquence ou pertinence	Justification des services du point de vue de – la médecine – l'art dentaire – l'optométrie – la pharmacie	– Profils de pratique – Entrevues avec les professionnels de la santé – Transmission au Comité de révision pour avis en cas de profil irrégulier – Études de situations	– Recommandation du Comité de révision – Décision de la Régie	Appel à la Commission des affaires sociales

SOMMAIRE

Message du président 4

Chapitre premier
LA RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE 7

Statut juridique 7

Rôle et fonctions 7

Le Conseil d'administration 8

Le Comité de vérification 9

Chapitre 2
LES DONNÉES FINANCIÈRES 11

Sources de financement 11
Le Fonds des services de santé 11
Le gouvernement du Québec 11
La Commission de la santé
et de la sécurité du travail 12
Les autres provinces 12
Les autres sources 12

**États financiers de l'exercice terminé
le 31 mars 1991** 13

Frais d'administration 22

Chapitre 3
L'ADMINISTRATION 23

L'organisation 23
La structure administrative 23
Le commissaire aux plaintes
des bénéficiaires 24
La Direction de la vérification interne
et de l'assurance-qualité 24
Le coordonnateur à la réforme du système
de la santé et des services sociaux 25

La gestion 27
La Direction générale de l'évaluation
et du contrôle 27
La Direction générale des services
à la clientèle 31
La Direction générale des opérations 36
La Direction générale de l'administration 41
La Direction générale des affaires
corporatives 43
La performance 45

Annexe 1
Description sommaire des programmes 47

Annexe 2
L'admissibilité au régime 55

Annexe 3
**Les ententes avec les professionnels
de la santé** 57

Annexe 4
Les mécanismes de contrôle 59

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1
Sources de financement en 1990-1991 12

Graphique 2
**Répartition du coût des programmes
en 1990-1991** 19

Graphique 3
Services médicaux 19

Graphique 4
Services dentaires 19

Graphique 5
Médicaments et services pharmaceutiques 20

Graphique 6
Prothèses 20

Graphique 7
Bourses et primes 20

Graphique 8
Services hospitaliers 21

Graphique 9
**Évolution des frais d'administration
de 1986-1987 à 1990-1991** 22

Graphique 10
Structure administrative supérieure 26

Graphique 11
Demandes de paiement traitées 46

Graphique 12
**Frais d'administration par
demande de paiement** 46

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1
Le coût des programmes administrés par la Régie de 1986-1987 à 1990-1991 (en k$) 18

Tableau 2
Dossiers d'expertise médicale 27

Tableau 3
Recommandations des comités de révision des omnipraticiens et des spécialistes (nombre et montants à recouvrer) 27

Tableau 4
Dossiers d'expertise dentaire, optométrique et pharmaceutique 28

Tableau 5
Recommandations des comités de révision des dentistes et des optométristes (nombre et montants à recouvrer) 28

Tableau 6
Réclamations et annulations de paiement à la suite d'enquêtes (nombre et montants) 29

Tableau 7
Services aux bénéficiaires 31

Tableau 8
Services aux dispensateurs de services assurés 31

Tableau 9
Professionnels de la santé inscrits à la Régie au 31 mars 32

Tableau 10
Autres dispensateurs de services assurés inscrits à la Régie au 31 mars 32

Tableau 11
Modifications apportées au fichier d'inscription des bénéficiaires 33

Tableau 12
Personnes reconnues comme admissibles au régime d'assurance-maladie durant leur séjour au Québec 33

Tableau 13
Protocoles d'entente avec des pays étrangers 33

Tableau 14
Nombre de demandes de paiement ou de remboursement pour les services hors du Québec et pour les services hospitaliers fournis à des résidents des autres provinces 34

Tableau 15
Nombre de demandes de paiement ou de remboursement pour les programmes d'aides techniques 34

Tableau 16
Volume des demandes de paiement reçues selon les divers modes de facturation 37

Tableau 17
Nombre de demandes de paiement soumises par les dispensateurs de services assurés selon le mode de rémunération 38

Tableau 18
Nombre de remboursements relatifs aux mesures incitatives 39

Tableau 19
Nombre de demandes de remboursement ou de paiement soumises par les bénéficiaires 40

Tableau 20
Appels à la Commission des affaires sociales en 1990-1991 43